

INFORME

**AL GOBIERNO ESPAÑOL
SOBRE LA VISITA A ESPAÑA REALIZADA POR
EL COMITÉ EUROPEO PARA LA PREVENCIÓN DE LA
TORTURA Y TRATOS O PENAS INHUMANAS O DEGRADANTES
(CPT)**

DEL 14 AL 28 DE SEPTIEMBRE DE 2020

This translation from the original English language version has been made by the Spanish authorities

Esta traducción de la versión original en Inglés ha sido preparada por las autoridades Españolas

CONTENIDO

RESUMEN EJECUTIVO	5
I. INTRODUCCIÓN	11
A. La visita, el informe y el seguimiento.....	11
B. Consultas realizadas por la delegación y cooperación encontrada.....	12
C. Observaciones inmediatas en virtud del artículo 8, párrafo 5, de la Convención	12
D. Mecanismo Nacional de Prevención	13
II. HECHOS CONSTATADOS DURANTE LA VISITA Y MEDIDAS PROPUESTAS	14
A. Agencias policiales	14
1. Observaciones preliminares	14
2. Malos tratos.....	16
3. Garantías contra los malos tratos	22
a. introducción	22
b. información sobre derechos.....	22
c. notificación de la custodia	23
d. acceso a un abogado	23
e. acceso a un médico	26
f. registros de custodia y oficial de custodia	27
g. realización de entrevistas	28
4. Condiciones de detención	29
B. Establecimientos penitenciarios	31
1. Observaciones preliminares	31
a. avances recientes	31
b. impacto de COVID-19 en las prisiones	33
c. establecimientos penitenciarios visitados	34
2. Establecimientos penitenciarios para hombres	37
a. malos tratos.....	38
b. condiciones de detención en régimen ordinario	50
<i>i. condiciones materiales.....</i>	<i>50</i>
<i>ii. régimen.....</i>	<i>52</i>
<i>iii. módulos de respeto.....</i>	<i>54</i>

d.	medios de contención	61
e.	servicios de atención sanitaria	65
i.	<i>observaciones preliminares</i>	65
ii.	<i>personal y equipamiento sanitario</i>	66
iii.	<i>acceso a un médico, examen inicial y confidencialidad</i>	68
iv.	<i>consumo de drogas</i>	69
v.	<i>atención psiquiátrica</i>	70
f.	otras cuestiones.....	75
i.	<i>personal penitenciario</i>	75
ii.	<i>disciplina</i>	76
iii.	<i>contacto con el mundo exterior</i>	80
iv.	<i>procedimientos de reclamación</i>	81
3.	Establecimientos penitenciarios para mujeres	83
a.	malos tratos.....	85
b.	procedimiento de admisión.....	86
c.	condiciones de detención.....	88
d.	servicios de atención sanitaria	90
e.	otras cuestiones.....	92
C.	Hospitales psiquiátricos penitenciarios	95
1.	Observaciones preliminares	95
2.	Malos tratos.....	98
3.	Condiciones de vida de los pacientes.....	99
4.	Tratamiento	101
a.	atención a la salud mental.....	101
b.	atención sanitaria somática	106
5.	Recursos de financiación.....	107
6.	Seclusión, medios de contención y prevención del suicidio	110
7.	Salvaguardias	113
a.	internamiento involuntario y alta.....	113
b.	tratamiento involuntario.....	114
8.	Otras salvaguardias	115
a.	el contacto de los pacientes con el mundo exterior	115
b.	inspecciones y control.....	115
c.	mecanismos de reclamación (representantes de los pacientes)	115
d.	suministro de información a los pacientes.....	117

D. Centro de Internamiento de Menores "La Marchenilla" en Algeciras.....	118
1. Observaciones preliminares	118
2. Malos tratos	119
3. Condiciones de detención	121
a. condiciones de vida.....	121
b. régimen	121
4. Uso de medios de contención.....	122
5. Asistencia sanitaria.....	125
6. Medidas de disciplina y seguridad	127
7. Otros temas.....	130

APÉNDICE I - LISTA DE LOS ESTABLECIMIENTOS VISITADOS POR LA DELEGACION DEL

APÉNDICE II - LISTA DE LAS AUTORIDADES NACIONALES Y REGIONALES, ORGANIZACIONES

RESUMEN EJECUTIVO

Durante la visita de septiembre de 2020, la delegación del CPT examinó el trato y las condiciones de detención de hombres y mujeres reclusos en varias prisiones y en los dos hospitales psiquiátricos penitenciarios de Alicante y Sevilla, así como en un centro de detención para menores en Algeciras. Además, se examinó el trato y las garantías ofrecidas a las personas privadas de libertad por la policía.

La visita del CPT tuvo lugar durante la pandemia de COVID-19. Las restricciones impuestas a las personas privadas de libertad y las medidas adoptadas en los lugares de detención para la protección de la salud pública habían logrado en gran medida restringir la propagación del virus Sars-Cov-2. El CPT recuerda la importancia de garantizar que el personal de las prisiones lleve mascarillas y que los presos en cuarentena hagan ejercicio diario al aire libre, pero por lo demás valora positivamente el enfoque adoptado por las autoridades españolas en circunstancias difíciles.

La cooperación recibida por la delegación del CPT durante la visita fue excelente.

Establecimientos policiales

Aunque la mayoría de las personas declararon haber sido tratadas correctamente por los agentes de la ley, la delegación del CPT recibió un número importante de denuncias de malos tratos, incluso de menores, que afectaban principalmente a la *Policía Nacional*. Los malos tratos se infligían supuestamente como medio para obligar a los sospechosos a proporcionar información o a confesar determinados delitos o para castigarlos por el supuesto delito cometido. Además, la delegación escuchó algunas denuncias de abusos verbales por parte de los agentes de policía hacia las personas detenidas, en particular los extranjeros, y de esposas excesivamente apretadas. El informe hace referencia a varios casos de malos tratos a modo de ejemplo.

Es necesaria una acción concertada para abordar el problema de los malos tratos por parte de los agentes de la ley. Esto debería incluir un mensaje claro por parte del Ministro del Interior y de los líderes de la policía de que tal comportamiento es ilegal y poco profesional, y que será sancionado en consecuencia. Además, el CPT reitera la importancia de una supervisión y formación adecuadas de los agentes de las fuerzas del orden, y de la necesidad de llevar a cabo investigaciones eficaces sobre las denuncias de malos tratos. También subraya la importancia de que las grabaciones de las cámaras de seguridad se almacenen durante un mínimo de 30 días en todas las instalaciones de las fuerzas del orden.

Por lo que respecta al funcionamiento práctico de las salvaguardias relacionadas con la privación de libertad por parte de las fuerzas del orden, deben tomarse medidas para garantizar la plena aplicación del artículo 520 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal. Esto se aplica, en particular, a la información sobre los derechos, el acceso a un abogado y a un médico y a la garantía de que los registros de custodia se cumplimenten de forma precisa y exhaustiva. El CPT también recomienda que se introduzca la grabación electrónica de todos los interrogatorios policiales.

En cuanto a las condiciones materiales de las comisarías, la mala ventilación, la iluminación artificial inadecuada y la falta de acceso a la luz natural siguen siendo las principales deficiencias. Además, un par de establecimientos se encontraban en mal estado y las celdas estaban superpobladas.

Establecimientos penitenciarios

El CPT observa positivamente la continua reducción de la tasa global de población penitenciaria de 133 a 117 por cada 100.000 habitantes entre 2016 y 2020, debido principalmente al aumento de las sanciones no privativas de libertad y a la reducción de la duración de las penas para determinadas infracciones penales.

Establecimientos penitenciarios para hombres (Castellón II, Madrid V y VII, Sevilla II y Valencia Picassent)

La mayoría de los presos entrevistados por la delegación del CPT en el curso de la visita periódica de 2020 no alegaron ningún maltrato por parte del personal. Sin embargo, en todas las prisiones visitadas los presos se refirieron a una serie de funcionarios que buscaban provocar conflictos o que utilizaban cualquier pretexto para demostrar su poder sobre los reclusos. La delegación del CPT recibió un gran número de alegaciones consistentes y creíbles de malos tratos físicos recientes por parte del personal. En la mayoría de los casos, los presuntos malos tratos consistían en bofetadas en la cabeza y el cuerpo, pero, en varios casos, consistían en puñetazos, patadas y golpes con porras e incluso en *falaka* (*bastinado*).

En algunos casos, las alegaciones de malos tratos estaban respaldadas por las lesiones observadas por la delegación o anotadas en los historiales médicos. El informe incluye una muestra de casos a modo de ilustración. En general, los resultados demuestran que sigue existiendo un patrón de malos tratos físicos infligidos por los funcionarios de prisiones como reacción desproporcionada y punitiva ante el comportamiento recalcitrante de los presos. El carácter generalizado de las denuncias de malos tratos en las prisiones visitadas es motivo de grave preocupación para el Comité. El CPT establece una serie de medidas que las autoridades españolas deberían adoptar para hacer frente a los presuntos malos tratos, incluyendo una mejor supervisión por parte de la dirección, una mayor formación del personal en el uso de técnicas de control y contención y de desescalada, una documentación más rigurosa de todas las lesiones, la notificación inmediata y sistemática de las denuncias de malos tratos a las autoridades fiscales competentes y la realización de investigaciones eficaces. Además, deben tomarse medidas para garantizar que los sistemas de videovigilancia de todas las prisiones sean plenamente operativos, ya que ofrecen una valiosa salvaguarda adicional tanto para los presos como para el personal.

Las condiciones materiales de las prisiones visitadas podían considerarse adecuadas en los módulos de régimen ordinario y buenas en los módulos de "respeto". En cuanto al régimen, la pandemia del COVID-19 había provocado la reducción de la mayoría de las actividades, lo que exigía un mayor esfuerzo en la organización de actividades dentro de cada módulo. También habría que tomar medidas para orientar mejor los planes individuales de tratamiento (PIT) hacia las necesidades de los presos y hacerles participar en el proceso.

Por lo que respecta a los reclusos que se encuentran en un módulo de régimen cerrado, la delegación del CPT constató que no se les ofrecía una gama adecuada de actividades ni se les apoyaba suficientemente para ayudarles a integrarse en un módulo de régimen ordinario. También constató que era necesario mejorar el proceso de revisión de la clasificación de ^{primer} grado.

El CPT examinó de nuevo la aplicación de la fijación mecánica a una cama de reclusos con fines de régimen (*sujeción mecánica regimental*). Observó el considerable progreso en la reducción de la aplicación de la medida y en su duración. No obstante, el CPT sigue considerando que la medida se presta a abusos y que requiere salvaguardias aún más estrictas. Éstas incluyen reducir aún más su

duración, mejorar la supervisión y el registro de la medida, poner fin a su aplicación a los presos con enfermedades mentales y a los que se autolesionan, y poner fin a la medicación forzosa de los presos obsesionados. En opinión del CPT, el objetivo a largo plazo debería seguir siendo su abolición.

Las conclusiones de la visita de 2020 reforzaron la opinión del CPT de que las autoridades españolas deberían proceder inmediatamente a la preparación del traspaso de la asistencia sanitaria de las prisiones al servicio nacional de salud, tal como prevé la Ley 16/2003. La transferencia reforzaría, *entre otras cosas*, la atención a través de la comunidad y garantizaría la independencia del personal sanitario. Aunque la prestación de servicios sanitarios en las prisiones visitadas era, en general, de un nivel aceptable, sigue habiendo una serie de problemas que deben abordarse, como la falta de personal de enfermería, la escasez de médicos (GP), la insuficiente presencia de psiquiatras y psicólogos clínicos, las malas condiciones de trabajo y los conflictos por la doble nacionalidad.

El tratamiento de los reclusos con enfermedades mentales en los Centros Penitenciarios de Castellón II y Valencia (Picassent) era totalmente inadecuado, y deberían tomarse medidas para garantizar que los módulos especializados para el tratamiento de reclusos con trastornos mentales (PAIEM) cuenten con los recursos adecuados para atender y tratar a dichos reclusos. Como aspecto positivo, el CPT comprobó que los presos con problemas de aprendizaje recluidos en el departamento de atención especializada del Centro Penitenciario Madrid VII estaban bien apoyados.

En lo que respecta al procedimiento disciplinario, las garantías formales parecen funcionar satisfactoriamente, pero el CPT considera que hay tres aspectos que merecen ser examinados y corregidos. Uno, el tiempo que puede transcurrir entre la infracción y la fecha en que se cumple efectivamente la sanción disciplinaria, especialmente cuando los presos son trasladados a otro establecimiento. Dos, la aplicación continuada de una medida de aislamiento durante un periodo superior a 14 días sin un respiro adecuado. Tres, la práctica de que los presos continúen siendo disciplinados, incluso en régimen de aislamiento, por un acto de autolesión.

El CPT vuelve a estar preocupado por la eficacia de los jueces supervisores en las prisiones visitadas en el ejercicio de sus funciones de supervisión independiente e imparcial. Esta cuestión debería ser abordada por el *Consejo General del Poder Judicial*.

Establecimientos penitenciarios para mujeres (Ávila y Módulos 9 y 10 del Centro Penitenciario Madrid VII)

El CPT señala la importancia de desarrollar una política penitenciaria específica orientada a las necesidades y vulnerabilidades biológicas y de género particulares de las mujeres. Las autoridades españolas deberían tomar medidas activas para desarrollar un enfoque específico de género hacia las mujeres presas. A la hora de desarrollar nuevos enfoques para la evaluación de riesgos con perspectiva de género y la clasificación de los reclusos, debería tenerse en cuenta el hecho de que las mujeres suelen presentar un riesgo de seguridad menor que los hombres.

Además, el CPT recuerda que las reclusas tienen una mayor prevalencia que los hombres de enfermedades mentales, drogodependencia y autolesiones, y que muchas son víctimas de violencia sexual y de otros tipos de violencia de género. Por lo tanto, las normas que regulan el proceso de admisión deberían contener disposiciones específicas de género para las mujeres y el examen de admisión debería identificar cualquier vulnerabilidad. Las autoridades españolas deberían introducir este enfoque en los centros penitenciarios que acogen a mujeres.

La gran mayoría de las reclusas entrevistadas afirmaron que fueron tratadas correctamente por el personal penitenciario, especialmente en el Centro Penitenciario de Mujeres de Ávila, aunque se recibieron un par de denuncias de malos tratos y de abusos verbales.

Las condiciones materiales de detención son, en general, satisfactorias. Sin embargo, es necesario hacer más para desarrollar la gama de actividades no estereotipadas de género que se ofrecen a las reclusas y que ayudarán a su reintegración en la comunidad.

Los servicios de atención sanitaria en el Centro Penitenciario de Mujeres de Ávila eran, en general, buenos, pero sufrían la incertidumbre de si la prestación de servicios de medicina general por parte de una clínica privada iba a continuar. Además, es necesario desarrollar los procedimientos de ingreso para tener en cuenta las necesidades específicas de género, incluyendo la detección de la violencia sexual de género. Además, es necesario adoptar una política de prevención y reducción de los casos de autolesión de las reclusas y garantizar que las mujeres que se autolesionan o que corren el riesgo de hacerlo sean tratadas siempre desde un punto de vista terapéutico y no punitivo. Esta política debe incluir una formación específica para el personal. El CPT también considera que no se debe seguir encargando a las reclusas que actúen como observadoras permanentes de otras reclusas en riesgo de cometer un acto de autolesión o suicidio.

En relación con la dotación de personal, el CPT considera que todo el personal penitenciario que trabaja con reclusas debería recibir formación específica en materia de género. Además, considera que debería predominar la proporción global de funcionarias de prisiones con respecto a los funcionarios de prisiones masculinos que trabajan en las prisiones y unidades de detención de mujeres, y especialmente el número de *directoras de prisiones (Jefe de servicios)*.

Es necesario mejorar los contactos con el mundo exterior para las mujeres reclusas, dado que a menudo se encuentran a gran distancia de sus familias y que es mucho más probable que sean ellas, en comparación con los reclusos, las principales responsables de los hijos que puedan tener. El CPT considera que la administración penitenciaria debería modernizar su enfoque de esta cuestión, incluso examinando la posibilidad de que los reclusos, especialmente los extranjeros, mantengan el contacto con sus familias mediante el uso del protocolo de voz sobre Internet (VoIP).

Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios de Alicante y Sevilla

En primer lugar, el CPT desea afirmar que los establecimientos psiquiátricos forenses, como los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios (HPP), deberían gozar de plena separación institucional y funcional del servicio penitenciario, dado el diferente espíritu y perfil de personal que los caracteriza. Por lo tanto, en opinión del CPT, estos hospitales deberían estar bajo la responsabilidad del *Sistema Nacional de Salud*, que está mejor situado para proporcionar el apoyo que necesitan tanto los pacientes como el personal. A este respecto, cabe señalar también que es urgente aumentar la presencia de psiquiatras, psicólogos y terapeutas ocupacionales en ambos hospitales.

Los pacientes con los que se entrevistó la delegación en ambos PPH hablaron, en general, de forma positiva sobre el modo en que les trataba el personal. Sin embargo, en ambos establecimientos se recibieron algunas denuncias de malos tratos físicos consistentes en golpes con porras de goma y en fijaciones mecánicas dolorosas e inadecuadas. En particular, la delegación del CPT descubrió un caso de malos tratos a un paciente en el PPH de Sevilla mediante el examen de la correspondiente grabación de CCTV de su fijación mecánica.

En cuanto a las condiciones de vida, el CPT critica el diseño carcelario y el entorno austero de los PPH, con celdas e instalaciones comunes que también carecen de espacio personal con cerradura y una ausencia de decoración, así como instalaciones comunes ruidosas y estrechas. El CPT concluye que este entorno no es propicio para un enfoque verdaderamente terapéutico y que los planes de las autoridades españolas para trasladar los PPH a instalaciones más adecuadas deberían acelerarse.

El tratamiento proporcionado a los pacientes psiquiátricos forenses en ambos PPH consistía principalmente en farmacoterapia. Esto no fue una sorpresa dada la falta de psiquiatras, psicólogos, enfermeras y terapeutas ocupacionales presentes en ambos establecimientos. Esto significaba que había poco tratamiento individualizado para los pacientes. Además, algunos pacientes afectados por la esquizofrenia de resistencia parecían estar sobremedicados. El CPT también critica la constatación de que en varios casos el consentimiento de los pacientes para aceptar el tratamiento prescrito parecía haber sido coaccionado por el personal. En resumen, las autoridades españolas deberían considerar la introducción de un cambio de paradigma muy necesario en el tratamiento de los pacientes forenses, basado en los principios establecidos en el informe. Además, deberían revisar el tratamiento farmacológico de ciertos pacientes, así como reforzar las garantías legales que rodean el tratamiento involuntario de los pacientes.

En lo que respecta a los medios de restricción como el aislamiento y la fijación mecánica, el CPT critica la práctica en el PPH de Sevilla, en particular, las restricciones prolongadas de la libertad impuestas a los pacientes durante hasta cuatro meses sin las salvaguardias legales apropiadas y una revisión judicial inadecuada. El Comité también encontró que la fijación mecánica prolongada en el PPH de Sevilla contenía elementos punitivos que, cuando se combinan con la imposición de malos tratos físicos a los pacientes, la medicación forzada y la negación del acceso a un baño, pueden equivaler a un trato inhumano y degradante.

Además, una vez más, el CPT observó que los jueces supervisores parecían dar el visto bueno a las decisiones de la dirección con respecto al recurso a los medios de contención de los pacientes. Es necesario hacer más para garantizar que los jueces supervisores ejerzan un control imparcial e independiente sobre el trabajo de los PPH.

En cuanto a las salvaguardias legales que rodean el internamiento, el alta y el tratamiento involuntario de los pacientes psiquiátricos forenses en los dos PPH, el CPT recomienda que los pacientes sean escuchados personalmente por las autoridades judiciales competentes en el momento de la revisión de su medida de seguridad. Además, deberían aplicarse plenamente las disposiciones de la Ley de Pacientes nº 41/2002 relativas a los derechos de los pacientes respecto al suministro de medicación sin su consentimiento. En lo que respecta a los pacientes legalmente incapacitados, siempre se debe solicitar el consentimiento de los tutores. Asimismo, se debería elaborar un folleto informativo para los pacientes y sus familias que cubra todos los aspectos del centro y los derechos de los pacientes.

Centro de Internamiento de Menores "La Marchenilla" en Algeciras

El CPT se llevó una impresión positiva de la actitud afectuosa del personal del establecimiento y de su compromiso con la justicia restaurativa. Dicho esto, varios menores que se consideraron que habían alterado el buen orden del centro se quejaron del comportamiento brusco del personal de seguridad en la contención y el uso de las esposas. Debería transmitirse al personal de seguridad un mensaje claro sobre el uso de la fuerza mínima, junto con una formación adecuada sobre medidas de desescalada y contención.

En cuanto a las condiciones materiales, el centro estaba en buen estado de conservación e higiene. Sin embargo, el entorno carcelario general y el diseño de los módulos residenciales (barras metálicas horizontales en las ventanas, puertas metálicas reforzadas y puertas correderas enrejadas) no son apropiados para un centro de rehabilitación para menores. Dichos elementos deberían eliminarse y sustituirse adecuadamente para que el centro sea menos carcelario.

El CPT se llevó una impresión muy positiva del régimen y la gama de actividades que se ofrecen a los menores en el centro, así como del compromiso del personal a la hora de proponer planes terapéuticos y de rehabilitación individuales para cada residente.

El CPT volvió a examinar el recurso a los medios de contención y fijación mecánica de los menores, habiendo recomendado la supresión de la medida para los menores en su informe sobre la visita del Comité a España en 2016. En el momento de la visita, las autoridades regionales andaluzas habían adoptado recientemente una nueva Instrucción 02/2019 para rodear la medida de fijación con salvaguardias adicionales. No obstante, el CPT concluyó que, aunque el personal mostraba en principio una actitud profesional en la sujeción de los menores y participaba de forma constructiva en el diálogo hacia la desescalada, seguían existiendo cuestiones problemáticas. Entre ellos, los períodos prolongados de fijación, las inyecciones forzadas a los menores fijados y los métodos de contención bruscos y las esposas apretadas por parte del personal de seguridad. El CPT vuelve a pedir a las autoridades españolas que supriman la fijación mecánica reducida y prolongada de los menores.

Por último, el CPT recomienda que se ponga fin al recurso del aislamiento de menores durante un máximo de siete días con fines disciplinarios, a la luz de las normas internacionales generalmente reconocidas, en particular las Reglas Penitenciarias Europeas actualizadas recientemente adoptadas. También recomienda que la práctica actual utilizada al llevar a cabo registros al desnudo, que son invasivos y potencialmente degradantes, se adapte a los preceptos del CPT.

I. INTRODUCCION

A. La visita, el informe y el seguimiento

1. En cumplimiento del artículo 7 del Convenio Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes (en adelante "el Convenio"), una delegación del CPT realizó una visita a España del 14 al 28 de septiembre de 2020. La visita formaba parte del programa de visitas periódicas del CPT para 2020 y era la octava visita periódica del Comité a España.¹

2. La visita fue realizada por los siguientes miembros del CPT:

- Therese Rytter, Vicepresidenta 2ª del CPT, Jefa de Delegación
- Mark Kelly, Vicepresidente 1º de la CPT
- Vincent Delbos
- Vanessa Durich
- Aleksandar Tomčuk.

Contaron con el apoyo de Hugh Chetwynd (Jefe de División) y Christian Loda, de la Secretaría del Comité, y con la asistencia de tres expertos:

- Celso Manata, Fiscal General Adjunto y ex Director General de Prisiones y Libertad Condicional, Portugal
- Birgit Völlm, profesora de psiquiatría forense y directora médica de la Universidad de Rostock, Alemania
- Olivera Vulić, psiquiatra y consultora de salud penitenciaria, Montenegro.

3. La lista de establecimientos visitados por la delegación del CPT se encuentra en el Apéndice I.

4. El informe sobre la visita fue aprobado por el CPT en su 104ª reunión, celebrada del 1 al 5 de marzo de 2021, y transmitido a las autoridades españolas el 29 de marzo de 2021. Las distintas recomendaciones, observaciones y solicitudes de información formuladas por el CPT figuran en negrita en el presente informe. El CPT solicita a las autoridades españolas que proporcionen en el plazo de seis meses una respuesta que contenga una relación completa de las medidas adoptadas por ellas para aplicar las recomendaciones del Comité y las respuestas a las observaciones y solicitudes de información formuladas en el presente informe.

¹. Los informes de las anteriores visitas del CPT a España y las correspondientes respuestas del Gobierno están disponibles en el sitio web del Comité: <http://www.coe.int/en/web/cpt/spain>.

B. Consultas realizadas por la delegación y cooperación encontrada

5. En el transcurso de la visita, la delegación del CPT se reunió con el Sr. Fernando Grande-Marlaska, Ministro del Interior, el Sr. Ángel Luis Ortíz Gonzáles, Secretario General de Instituciones Penitenciarias y la Sra. Elena Garzón Otamendi, Directora General de Relaciones Internacionales y Migraciones del Ministerio del Interior. También mantuvo intercambios con altos funcionarios del Ministerio del Interior en representación de la Administración Penitenciaria, la *Guardia Civil* y la *Policía Nacional*.

La delegación mantuvo un intercambio de opiniones con la Oficina del *Defensor del Pueblo* y con miembros del equipo del mecanismo nacional de prevención (MNP). Además, mantuvo conversaciones con representantes de organizaciones no gubernamentales activas en áreas de interés para el CPT.

En el Apéndice II del presente informe figura la lista de las autoridades y organizaciones nacionales con las que se reunió la delegación.

6. A pesar de que la visita tuvo lugar durante la pandemia de COVID-19, la cooperación recibida por la delegación del CPT a lo largo de la visita fue excelente en todos los establecimientos visitados. La delegación disfrutó de un rápido acceso a todos los lugares (incluso a aquellos que no habían sido notificados con antelación), pudo hablar en privado con todas las personas detenidas que deseaba entrevistar y se le proporcionó la información necesaria para llevar a cabo su tarea. Además, la delegación del CPT se sintió alentada por las constructivas discusiones mantenidas con el Ministro del Interior y el Secretario General de Instituciones Penitenciarias al final de la visita y por su compromiso de abordar las principales deficiencias que había identificado la delegación, especialmente en materia penitenciaria. A la luz del artículo 3 de la Convención y de la necesidad de abordar las recomendaciones formuladas desde hace tiempo por el CPT, este enfoque debe ser acogido con satisfacción.

El CPT desea expresar su agradecimiento por la asistencia prestada antes y durante la visita del oficial de enlace del CPT, Alberto Ruiz Moreno, del Ministerio del Interior.

C. Observaciones inmediatas en virtud del artículo 8, párrafo 5, de la Convención

7. Al final de la visita, la delegación del CPT presentó sus conclusiones preliminares a las autoridades españolas, en el curso de las cuales formuló una observación inmediata en virtud del artículo 8, párrafo 5, de la Convención, relativa a la necesidad de reubicar a un joven con una enfermedad mental que había pasado un tiempo considerable en aislamiento *de facto* en el centro de detención de menores "La Marchenilla" en un centro terapéutico especializado adecuado. Mediante carta recibida el 5 de octubre de 2020, las autoridades españolas informaron al Comité de que el menor en cuestión había sido ingresado en un hospital especializado de Málaga el 1 de octubre de 2020.

Además, mediante comunicaciones de 5, 7 y 8 de octubre de 2020, así como de 19 de enero de 2021, las autoridades españolas facilitaron al Comité información sobre diversas cuestiones planteadas por la delegación del CPT en sus observaciones preliminares. La información proporcionada ha sido debidamente tenida en cuenta en la redacción del presente informe.

D. Mecanismo Nacional de Prevención

8. España ratificó el Protocolo Facultativo de la Convención de las Naciones Unidas contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (OPCAT) en abril de 2006 y, desde el 5 de noviembre de 2009, designó al Defensor *del Pueblo* como Mecanismo Nacional de Prevención (MNP). El MNP español cuenta con siete miembros (incluyendo un jefe y dos administrativos), tiene un presupuesto anual de aproximadamente 750.000 euros y funciona como una unidad independiente dentro del *Defensor del Pueblo* centrada exclusivamente en actividades de prevención.² El *Defensor del Pueblo* presenta al Parlamento un [informe anual sobre las actividades del MNP](#). Aunque las actividades del MNP se redujeron en 2020 debido a la pandemia de COVID-19, se realizaron visitas de primera vez y de seguimiento³ (tanto virtuales como presenciales) a varios establecimientos de privación de libertad para supervisar, *entre otras cosas*, el impacto de las restricciones de COVID-19, así como para examinar cuestiones temáticas como el recurso al uso de la fijación mecánica en las prisiones y en los centros de detención de menores.

No obstante, el CPT considera que, dado el número de lugares de privación de libertad dentro de España que el MNP tiene que examinar regularmente, así como sus otras responsabilidades, como el seguimiento de los vuelos de retorno y la presentación de propuestas y observaciones relativas a la legislación existente y a los proyectos de ley, el CPT invita a las autoridades españolas a considerar el aumento de los recursos puestos a disposición del MNP para que pueda desempeñar su mandato de manera eficaz, tal como se establece en el apartado 3 del artículo 18 del Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes.

El CPT invita a las autoridades españolas a revisar los recursos presupuestarios asignados al MNP.

². El MNP está asistido por expertos contratados en el campo de la psiquiatría, la psicología y la medicina forense.

³. Por ejemplo, a lo largo de 2020 el MNP había realizado un total de 78 visitas de primera vez o de seguimiento a diversos lugares de privación de libertad (incluyendo el seguimiento de tres vuelos de retorno operados por Frontex).

II. HECHOS CONSTATADOS DURANTE LA VISITA Y MEDIDAS PROPUESTAS

A. Agencias policiales

1. Observaciones preliminares

9. Por lo que respecta al marco jurídico básico que regula la privación de libertad por parte de las fuerzas de seguridad, se han introducido importantes cambios mediante la Ley Orgánica 13/2015, que modificó determinadas disposiciones del Código Procesal Penal (CP). El objetivo de las modificaciones era transponer varias directivas de la UE⁴ a la legislación española y reforzar las garantías procesales ofrecidas a las personas sometidas a procesos penales. El marco jurídico que regula la aplicación del régimen de incomunicación no ha cambiado desde 2016.⁵

Los plazos de privación de libertad por parte de las fuerzas del orden no han cambiado. Los sospechosos de haber cometido un delito pueden ser retenidos por las fuerzas del orden durante un máximo de 72 horas, y esta detención puede prorrogarse por decisión judicial durante 48 horas más en el caso de los delitos contemplados en el artículo 384 *bis* del Código Penal, es decir, la "pertenencia o relación con grupos armados o individuos terroristas o rebeldes". El examen de los registros de detención en las dependencias policiales visitadas y la información recabada a través de las entrevistas con personas que estaban o habían estado recientemente bajo custodia policial revelaron que el plazo de privación de libertad por parte de la policía se respetaba en la práctica y que los detenidos por la policía comparecían personalmente ante un juez para ser puestos en prisión preventiva.

En el caso de los menores, la detención policial no puede durar más de 24 horas. Además, el menor deberá ser puesto inmediatamente a disposición del Fiscal de Menores (artículo 118 del CPP).

Dicho esto, **el CPT agradecería que las autoridades españolas aclararan la interpretación del artículo 496 del CPC**, que parece implicar que la detención policial no debe durar más de 48 horas, mientras que el artículo 520 del CPC y el apartado 2 del artículo 17 de la Constitución hacen referencia a un período máximo de 72 horas para la detención policial.

⁴. La Directiva 2010/64/UE sobre el derecho a la interpretación y a la traducción en los procesos penales, la Directiva 2012/13/UE sobre el derecho a la información en los procesos penales y la Directiva 2013/48/UE sobre el derecho de acceso a un abogado en los procesos penales y en los procedimientos de orden de detención europea, y sobre el derecho a que se informe a un tercero en el momento de la privación de libertad y a comunicarse con terceras personas y con las autoridades consulares durante la privación de libertad.

⁵. Véase el informe del CPT sobre la visita de 2016: CPT/Inf (2017) 34, párrafos 29 a 38.

10. En el informe de la visita de 2016, el CPT recordó que la situación de las personas en custodia policial/prisión preventiva a las que se aplica el régimen de incomunicación, incluidas las garantías ofrecidas a dichas personas, ha sido objeto de un largo diálogo entre el CPT y las autoridades españolas. Asimismo, señaló que el marco jurídico del régimen de incomunicación (artículos 509, 510, 520 *bis* y 527 del CPP) sufrió importantes cambios con la entrada en vigor, el 1 de noviembre de 2015, de las modificaciones introducidas en el CPP por la Ley Orgánica 13/2015, que limitaron su ámbito de aplicación y distinguieron entre las restricciones individuales que pueden imponerse a las personas detenidas.⁶

Se consideró que estos avances iban en la dirección correcta en cuanto a circunscribir la dureza de la medida. Sin embargo, el Comité desea reiterar que el régimen de incomunicación sigue manteniendo una limitación potencialmente significativa de las garantías fundamentales que deberían ofrecerse a todas las personas detenidas; esto, a su vez, abre potencialmente la puerta a los malos tratos y a las alegaciones (posiblemente falsas) al respecto. El CPT comprende las razones históricas de la introducción del régimen de incomunicación en la legislación española. Sin embargo, el Comité **considera que, por principio, la posibilidad de imponer el régimen de incomunicación debería eliminarse por completo de la legislación española.**

Mientras tanto, a la espera de la completa abolición del régimen, **el CPT reitera su recomendación de que se prohíba la aplicación del régimen de incomunicación a todos los menores de 18 años.**

Además, **el Comité reitera su posición de que todas las personas detenidas deben poder entrevistarse con un abogado en privado, desde el inicio de su detención y posteriormente según sea necesario.**

11. En cuanto a las medidas preventivas relacionadas con la pandemia de COVID-19 para las personas detenidas por la policía, la delegación del CPT fue informada al inicio de la visita de las instrucciones adoptadas por la Secretaría de Estado de Seguridad sobre la distribución de mascarillas a todas las personas detenidas, las medidas higiénicas aplicadas en las zonas de detención (es decir, la desinfección sistemática de las celdas al trasladar a los detenidos, la revisión de su capacidad, etc.). En el transcurso de la visita, la delegación del CPT observó que en algunas comisarías con un alto índice de rotación, como la de Leganitos, en el centro de Madrid, no era posible limitar el número de personas detenidas en las celdas pequeñas ni se veía que se respetaran los protocolos claros de Covid-19. Ciertamente, no todas las personas detenidas estaban provistas de máscaras y no todos los policías parecían estar debidamente protegidos dadas las condiciones de hacinamiento en el área de detención. En otras comisarías, como la de Zapadores en Valencia, los agentes de custodia tomaban las medidas adecuadas y las celdas no estaban demasiado llenas. **El CPT recomienda que las autoridades españolas se aseguren de que todas las comisarías sigan los protocolos COVID-19 y que todos los agentes de policía y las personas detenidas reciban el equipo de protección personal necesario.**

⁶. A diferencia de lo que ocurría en el pasado, la decisión de imponer el régimen de incomunicación no implica ahora automáticamente la aplicación de toda la gama de posibles restricciones a los derechos de los detenidos. En cambio, el juez, mediante una decisión motivada, debe determinar qué restricciones, entre las previstas por la ley, se aplicarán a un detenido concreto, y definir el alcance de estas restricciones (artículo 527 del CPP). Cualquier restricción sólo podrá imponerse si está justificada por las circunstancias del caso concreto y en la medida necesaria.

2. Malos tratos

12. Es importante reiterar que, al igual que en el pasado, la mayoría de las personas con las que se reunió la delegación del CPT en el curso de la visita de 2020 declararon que habían sido tratadas correctamente por los agentes de la ley tanto en el momento de su detención como mientras estaban bajo custodia policial. Sin embargo, la delegación recibió, una vez más, un número significativo de denuncias de malos tratos y uso excesivo de la fuerza en el momento de la detención, incluso de menores. Los supuestos malos tratos estaban relacionados con:

- en el momento de la aprehensión, después de que las personas hayan sido puestas bajo control (y esposadas);
- el momento en que los sospechosos eran trasladados a la comisaría;
- el momento en que los sospechosos fueron retenidos en una oficina de la comisaría.

Los malos tratos se infligieron supuestamente como medio para obligar a los sospechosos a proporcionar información o a confesar determinados delitos ⁷o para castigarlos por el supuesto delito cometido.

Los presuntos malos tratos consistieron principalmente en bofetadas, puñetazos y patadas en el cuerpo y/o la cabeza, así como, en ocasiones, en el uso de porras u otros objetos. Cabe señalar que la delegación volvió a recibir muchas denuncias, en particular de ciudadanos extranjeros, de que los agentes de policía les insultaban verbalmente y se referían en términos despectivos al color de su piel o a su origen.

13. El CPT desea destacar los siguientes casos de presuntos malos tratos. Mientras que algunas de las personas con las que se reunió la delegación declararon que querían presentar una denuncia por malos tratos, ⁸ otras proporcionaron información con la condición de que no se divulgaran sus nombres.

- i. Un menor extranjero (HE) fue detenido a las 15h00 del 26 de septiembre de 2020 en *la Casa de Campo* de Madrid. Alegó que cinco policías acudieron a detener a otros menores y que se enzarzó con ellos en una discusión verbal que llevó a un agente a darle una bofetada en el cuello y tirarlo al suelo. Le inmovilizaron en el suelo y un agente le puso una rodilla en la cabeza y otro en la espalda mientras le esposaban las manos a la espalda. Posteriormente, alegó que fue sometido a múltiples patadas, puñetazos y golpes de porra en varias partes de su cuerpo mientras estaba tendido en el suelo. El SAMUR (médico de urgencias) que acudió a la comisaría observó "*hematomas en el codo y el hombro izquierdos*", además de una excoriación (desgaste de la piel) visible en la frente.

Además, otro menor que estaba recluido en una celda distinta dijo a la delegación que había visto cómo le pegaban. Además, al parecer, las acciones de la policía habían sido presenciadas por el personal y otros menores de *la Casa de Campo*.

⁷ No obstante el artículo 126 del Código de Procedimiento Penal sobre los métodos de prueba prohibidos.

⁸ A este respecto, corresponde a cada persona presentar una queja ante las autoridades pertinentes, ya que proporcionar al CPT los detalles de una alegación de malos tratos no constituye una queja oficial. Esto se les aclaró a las personas con las que se reunió la delegación del CPT durante la visita.

- ii. Una persona (AEK) alegó que se había negado a permitir que seis agentes de policía registraran su cafetería en Valencia alrededor de las 4h00 de la mañana del 22 de septiembre de 2020, pero que cuando él y sus ocho amigos habían salido de la cafetería le habían pedido que fuera a la comisaría porque no podía presentar un documento de identidad. En la comisaría, los policías habrían hablado del hecho de que les había negado el acceso a su café y uno de ellos le dijo que le multarían por no llevar máscara. AEK respondió que "no le importaba" y, al parecer, sacó el dinero necesario para pagar la multa, tras lo cual el policía le empujó contra la pared y le dio un puñetazo en la cara. Otros agentes le agarraron de los brazos, se los retorcieron y le aplicaron las esposas con fuerza. A las 6h00 fue trasladado a la comisaría de Zapadores, donde fue llevado a un centro médico de urgencia. El médico del CPT observó marcas de esposas en ambas muñecas y una hemorragia subconjuntival en el ojo izquierdo cuando AEK fue entrevistado unas 10 horas después.
- iii. Una persona (PSM) relató que cuando fue detenido en un parque de Valencia el 26 de agosto de 2020, había obedecido la instrucción de un agente de policía de levantarse y poner las manos en alto. Sin embargo, mientras estaba de pie con las manos en alto, un segundo agente se le acercó por detrás y le golpeó con una porra en el lado derecho de la caja torácica, lo que le hizo caer al suelo. Posteriormente, fue esposado y trasladado a la comisaría de Zapadores. Al día siguiente, a las 16h00, quejándose de dolor, fue llevado al hospital donde una radiografía reveló una fractura de las costillas nº 6 y 9. En el informe médico no se indicaba la causa de la lesión, mientras que en el informe policial se indicaba que se había autolesionado.
- iv. Una persona (SM), que fue detenida en su domicilio el 8 de agosto de 2020 y trasladada a la Comisaría de *Plaza de España* de Valencia, alegó que cuando fue introducido en un despacho, estando aún esposado por la espalda, fue arrojado al suelo y sometido a patadas y puñetazos en el cuerpo y la cabeza. Posteriormente, fue trasladado a la Comisaría de Zapadores donde acudió a un médico que anotó: "dolor en las costillas izquierdas, contusión de costillas, lesiones en la cabeza".
- v. Una persona alegó que fue detenida en la calle en Torrente por seis agentes el 19 de junio de 2020 que, tras ponerle en el suelo, procedieron a darle varias patadas en las piernas. Además, mientras era trasladado en un vehículo a la comisaría con las manos esposadas a la espalda, dijo que le dieron un puñetazo en el estómago y en la cara aparentemente porque los agentes querían que confesara un robo. Al ingresar en prisión el 23 de junio, el médico de la prisión observó "*hematomas periorbitales, ojo izquierdo*" y una fotografía tomada en ese momento por razones administrativas mostraba un ojo izquierdo negro.
- vi. Un ciudadano extranjero (AQ) con escaso nivel de español alegó que el 11 de junio de 2020 fue detenido por agentes de policía vestidos de paisano y que, una vez puesto en el suelo, le apuntaron con una pistola a la cabeza y recibieron varios golpes de porra en el cuerpo. Afirmó que le pusieron en fila con otros ocho sospechosos y le hicieron arrodillarse frente a una pared mientras le esposaban por la espalda. Posteriormente, lo llevaron a la esquina donde varios agentes le propinaron múltiples puñetazos en el cuerpo; supuestamente, también se dio un trato similar a otros dos sospechosos. Tras un periodo de unas seis horas de estar arrodillado mientras estaba esposado, todos los sospechosos fueron trasladados a la comisaría de Zapadores *Policía Nacional* de Valencia. Posteriormente, fue trasladado al hospital y tratado.

La delegación del CPT entrevistó a otra persona en otro módulo de la prisión de Valencia (Picassent) que describió haber presenciado cómo AQ era maltratado por la policía.

- vii. Una persona (AMG) que fue detenida en la calle en Valencia el 21 de mayo de 2020 alegó que durante su traslado a la comisaría, la policía detuvo el vehículo y lo sacó del coche. Afirmaron que estaba armado con un cuchillo y supuestamente lo tiraron al suelo, le esposaron las manos a la espalda y le propinaron varios golpes con un objeto duro en la nuca, la frente y la nariz. Posteriormente, fue trasladado al Hospital la Feé Nueva donde, esposado y en presencia de dos agentes, le curaron las heridas. Según el "Informe Médico Urgente", AMG había alegado que los policías le habían golpeado en la cabeza. Los resultados médicos señalaron una herida superficial en la frente y "una herida inciso-contusa" que requirió cuatro grapas en el cuero cabelludo, así como una contusión nasal. Al ingresar en la prisión de Valencia Picassent, el médico había constatado que las lesiones corroboraban sus alegaciones y el *Jefe de Servicio* había informado al Director de que AMG había declarado que sus lesiones habían sido causadas por la policía.
- viii. Un menor declaró que el 25 de marzo de 2020 había sido llevado a la comisaría del G.R.U.M.E por un agente de la comisaría de Hortaleza. Al parecer, este agente dijo a los agentes del G.R.U.M.E que el chico le había causado muchos problemas. Al parecer, llevó al chico a una celda, le puso una manta en la cabeza y le golpeó varias veces con una porra en las piernas. Un poco más tarde, el personal de custodia había entrado en la celda para registrarlo y, aunque había declarado que no tenía nada en los bolsillos, habían encontrado un mechero, por lo que uno de los agentes se había enfadado, había cogido el mechero y se lo había lanzado a la cara a EHH, lo que había provocado que su mejilla empezara a sangrar. Después, otro agente le habría dado varias bofetadas y patadas en las piernas. Como la herida de la mejilla seguía sangrando, se llamó a un médico para que acudiera a la comisaría, pero fue examinado en presencia de los policías, que al parecer declararon que EHH había intentado escapar. En el momento de la visita de la delegación, EHH presentaba manchas cutáneas descoloridas en la región del pómulo izquierdo y bajo la comisura labial izquierda de la boca, de color rosa claro.

La delegación del CPT planteó algunos de los casos mencionados de presuntos malos tratos durante su visita a la Comisaría de Zapadores en Valencia. Sin embargo, los oficiales superiores de servicio no pudieron proporcionar a la delegación ninguna información sobre si estos casos estaban siendo investigados. A la luz del número de casos de presuntos malos tratos recibidos en Valencia, **el CPT desearía ser informado sobre cualquier investigación que se haya llevado a cabo sobre los casos ii, iii, iv, vi y vii arriba mencionados. Además, desearía que se le informara de las medidas de investigación que se han adoptado en relación con el caso i.**

14. El CPT también desea plantear la alegación creíble de malos tratos físicos por parte de agentes de la Guardia Civil a un detenido (FJM) al que habían trasladado a los calabozos de la comisaría de la Policía Local de Utrera el 13 de septiembre de 2020. Alegaba que, tras un intento de fuga, había recibido patadas y golpes de porra por parte de los agentes de *la Guardia Civil* en la escalinata de entrada y en un pasillo de la Comisaría Local, en zonas que, según suponía, habían sido cubiertas por las cámaras de seguridad de la Policía Local. Su relato de la forma en que había sido maltratado fue corroborado por otro detenido entrevistado por la delegación por separado, que afirmó haber estado presente en ese momento.

A la luz de la credibilidad de estas alegaciones, la delegación del CPT visitó la Comisaría Local de Utrera para comprobar los registros de custodia y examinar cualquier grabación de CCTV que pudiera corroborar o desmentir el relato del detenido. Los registros de custodia mostraron que FMJ había estado detenido en la Policía Local de Utrera en el momento pertinente, tras un traslado de la Guardia Civil, y que las zonas de la comisaría en las que alegaba haber sido maltratado estaban efectivamente cubiertas por las cámaras de seguridad.

Sin embargo, el modo de grabación del sistema de CCTV de la estación no se había activado, no se almacenaba ninguna grabación de ninguna cámara y el servidor diseñado para almacenar dichas grabaciones estaba vacío en un 99,9%. La única transmisión de vídeo en directo disponible era un conjunto de pantallas situadas en la recepción. La delegación probó el sistema de videovigilancia y comprobó que el agente de policía que vigilaba esas pantallas podía hacer "capturas de vídeo" de hechos concretos, pero que no se había grabado ninguna grabación de ese tipo en los últimos tiempos.

15. Tras la visita, el Comité planteó sus preocupaciones sobre este caso a las autoridades españolas, que respondieron con una nota informativa elaborada por la *Guardia Civil* el 29 de octubre de 2020. En ella se afirma que las lesiones que sufrió FJM se debieron a la fuerza proporcionada que tuvieron que emplear los agentes de la *Guardia Civil* para recapturarlo después de que huiera de su custodia al bajarse del vehículo de transporte. El informe también señala que el segundo detenido, que aún se encontraba en el vehículo, no pudo presenciar la aprehensión, ya que ésta se produjo fuera de la vista del vehículo, a una distancia de 150 metros.

El CPT agradece esta respuesta, pero observa que deja una serie de discrepancias inexplicables. En primer lugar, durante la visita a la Comisaría Local de Utrera, el Jefe de la Policía Local de Utrera (él mismo en comisión de servicio en la Policía Local desde la *Guardia Civil*) ofreció la información de que, según su conocimiento, no había habido intentos de fuga de detenidos en los últimos tiempos. Si lo hubiera habido, dijo, lo habría notificado al juez correspondiente. En segundo lugar, habiendo visitado las dependencias de la Policía Local, es evidente que al menos parte de los malos tratos denunciados, en la escalinata de la comisaría, pudieron estar al alcance de la vista del testigo presencial.

La lamentable ausencia de grabaciones de CCTV del incidente en cuestión hace prácticamente imposible resolver estas discrepancias. **El CPT recomienda que, en lo sucesivo, las autoridades españolas garanticen que todas las comisarías de policía del país estén obligadas a almacenar todas sus grabaciones de CCTV durante un mínimo de 30 días para garantizar que cualquier denuncia de malos tratos presentada contra los funcionarios de las fuerzas del orden en las zonas cubiertas por las cámaras pueda ser verificada y las denuncias sean desestimadas o investigadas con mayor profundidad.**

16. A la luz de los hallazgos y observaciones de la delegación en el transcurso de la visita de 2020, las autoridades españolas deberían explorar enérgicamente todos los medios para garantizar que el mensaje de tolerancia cero con los malos tratos a las personas detenidas llegue a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley a todos los niveles; deberían ser conscientes, mediante acciones concretas, de que el gobierno está decidido a erradicar los malos tratos a las personas privadas de libertad. La lucha contra los malos tratos implica no sólo la adopción de las normas jurídicas adecuadas, sino también la adopción de las medidas necesarias para garantizar su

aplicación, incluida la transmisión oportuna de información sobre las denuncias de malos tratos a las autoridades fiscales competentes.

Además, para poner fin a los malos tratos por parte de los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley se requiere un enfoque polifacético, que comprenda un proceso competitivo de reclutamiento de agentes de policía basado en criterios de selección claramente definidos; un curso de formación para todos los nuevos reclutas y los agentes de policía existentes, con especial énfasis en los métodos técnicamente avanzados de investigación de delitos basados en los principios de los derechos humanos; la rendición de cuentas de los agentes de alto nivel en cuanto a sus responsabilidades de gestión de línea; la aplicación de sanciones adecuadas (penales y disciplinarias) para los autores de malos tratos y para quienes no los impidan o no los denuncien; y la existencia de procedimientos eficaces e independientes para examinar las denuncias y otra información pertinente sobre presuntos malos tratos por parte de agentes de policía.

El CPT recomienda que el Ministro del Interior y los Jefes de la *Policía Nacional* y de la *Guardia Civil* transmitan un mensaje contundente de que los malos tratos a las personas detenidas son ilegales, poco profesionales y serán objeto de las sanciones correspondientes. Este mensaje debería reiterarse a intervalos apropiados a nivel de las direcciones regionales de policía. Además, las autoridades competentes deben garantizar que se lleve a cabo una investigación efectiva de cada denuncia de malos tratos y que los oficiales superiores rindan cuentas de sus responsabilidades de dirección. El corolario de esto es que los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley sean suficientes en número y cuenten con los recursos adecuados para llevar a cabo sus tareas de manera profesional.

17. En el transcurso de la visita, la delegación del CPT se encontró con muchas personas que se quejaban de haber sido esposadas de forma excesivamente apretada y, en varios casos, se encontró con personas que todavía tenían marcas causadas por las esposas semanas e incluso meses después. Además, varias personas se quejaron de haber sido esposadas durante periodos prolongados y otras de que les habían tirado de los brazos hacia arriba mientras estaban esposadas de forma hiperextendida y que les habían obligado a caminar en esa posición durante más de 100 metros. **El CPT recomienda a las autoridades españolas que, cuando se considere imprescindible esposar a una persona, las esposas no estén en ningún caso excesivamente apretadas⁹ y sólo se apliquen durante el tiempo estrictamente necesario. Además, las personas detenidas no deberían ser esposadas a objetos fijos.**

Además, a la luz de las numerosas alegaciones de las personas detenidas de que sus manos habían sido esposadas a la espalda durante el transporte,¹⁰ **el CPT recomienda que se evite dicha práctica, dado el potencial de causar un dolor innecesario a la persona afectada y el riesgo de lesiones en caso de accidente.**

⁹. Hay que tener en cuenta que unas esposas excesivamente apretadas y prolongadas pueden tener graves consecuencias médicas (por ejemplo, a veces causan una discapacidad grave y permanente de la(s) mano(s) o una tromboflebitis en los brazos).

¹⁰. Sólo se debe recurrir a la aplicación de esposas a los detenidos durante el transporte cuando la evaluación del riesgo en un caso individual lo justifique claramente. Cuando el uso de estos medios se considere absolutamente necesario, debe hacerse de manera que se minimice cualquier riesgo de lesión para la persona detenida.

18. El CPT reconoce que la detención de un sospechoso es a menudo una tarea peligrosa, en particular si la persona en cuestión se resiste y/o es alguien que la policía tiene buenas razones para creer que puede estar armado y ser peligroso. Las circunstancias de una detención pueden ser tales que la persona afectada (y los agentes de policía) sufran lesiones, sin que ello sea el resultado de una intención de infligir malos tratos. Sin embargo, no debe utilizarse más fuerza de la estrictamente necesaria al efectuar una detención. Además, una vez que las personas detenidas han sido controladas, no puede justificarse que sean golpeadas por los agentes de policía.

A la luz de la información recopilada durante la visita de 2020, el CPT reitera su recomendación de que se recuerden regularmente estos principios básicos a los agentes de policía, incluso mediante ejercicios prácticos de formación. Además, todo uso de la fuerza por parte de las fuerzas del orden debería estar debidamente documentado (descripción de los hechos; cualquier lesión sufrida; si la persona detenida fue llevada al hospital, etc.).

19. El CPT también considera que la experiencia de otros países demuestra que la entrega de cámaras de vídeo corporales a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley y su uso sistemático durante cualquier incidente, representan una salvaguardia adicional contra el abuso por parte de los funcionarios, así como una protección contra las acusaciones infundadas de malos tratos. **El Comité agradecería los comentarios de las autoridades españolas sobre este asunto.**

20. En el transcurso de la visita, la delegación del CPT encontró varios objetos como palos y bates de béisbol tirados en las zonas de detención o en las oficinas de las comisarías de *Policía Nacional* de Leganitos y Moratalaz en Madrid y de Castellón de la Plana. Este tipo de objetos, además de invitar a especular sobre conductas indebidas por parte de los policías, son una fuente potencial de peligro tanto para el personal como para los sospechosos de haber cometido un delito. En consecuencia, **cualquier objeto de emisión no estándar que pueda ser utilizado para infligir malos tratos debería ser retirado inmediatamente de todas las dependencias policiales en las que se pueda retener o interrogar a personas.**

3. Garantías contra los malos tratos

a. introducción

21. La visita periódica de 2020 brindó la oportunidad de evaluar el impacto de las enmiendas de 2015 al PCC ¹¹ en cuanto a las salvaguardias legales ofrecidas a las personas privadas de libertad por la policía. La reforma de 2015 del PCC tenía por objeto reforzar los derechos de las personas detenidas. En particular, los agentes de policía deben garantizar ahora:

- el rápido suministro de información a las personas detenidas "*por escrito, en un lenguaje fácilmente comprensible y en una lengua que comprendan*" de sus derechos fundamentales, tal como se establece en el artículo 520 (2) del CPP. Además, los sospechosos de delitos deben conservar físicamente las hojas de información en diferentes idiomas durante todo el periodo de detención;
- la pronta notificación de la custodia a la familia del detenido o a un tercero sin demora injustificada y, además, garantizar otra breve llamada telefónica supervisada por el personal. Los extranjeros deben tener derecho a notificar a sus respectivas autoridades consulares;
- el acceso rápido a un abogado (de oficio o de su elección) sin retrasos injustificados mediante la notificación al colegio de abogados correspondiente, así como una conversación confidencial con el abogado designado antes y después del interrogatorio del sospechoso penal. El abogado tiene la obligación de acudir a los locales de detención en un plazo de tres horas a partir de la notificación recibida; ¹²
- el derecho a la interpretación a las personas detenidas que no dominan el español en cualquier paso de la cadena de detención mediante los servicios de un intérprete acreditado existente;
- el suministro de información por escrito sobre el período máximo de detención policial ¹³ y la facilitación de la presentación de una moción de "habeas corpus" en cualquier momento de la cadena de detención.

Además, la aprobación de la Instrucción 04/2018 establece, *entre otras cosas*, la formación obligatoria de los funcionarios de custodia policial sobre el uso de los medios de contención, la comunicación interpersonal y todos los aspectos relacionados con el ingreso, la detención y la puesta en libertad de las personas detenidas en los establecimientos policiales.

b. información sobre derechos

22. La mayoría de las personas entrevistadas por la delegación durante la visita de 2020 declararon que habían sido informadas puntualmente de sus derechos en el momento de su llegada a un establecimiento policial, y los registros de custodia mostraban que habían firmado las hojas de información pertinentes.

¹¹ En particular, a través de la reformulación del artículo 520 del CPC y, en particular, de las letras c), e), f) y h) del apartado 2 del artículo 520 del CPC, que abordan el acceso a un abogado, la notificación de la custodia y el derecho a la interpretación.

¹² Anteriormente, este plazo era de ocho horas.

¹³ Es decir, 72 horas para los adultos y 24 horas para los menores.

Dicho esto, parecía que en algunos casos el personal policial no ponía la debida diligencia en explicar a las personas detenidas en un lenguaje fácilmente comprensible el contenido y las implicaciones de sus derechos y consideraba la firma de la información pertinente en el formulario de derechos como un mero requisito administrativo. Además, a los detenidos no se les permitía conservar estas hojas de información en las celdas, sino que tenían que depositarlas en una taquilla con sus otras pertenencias. De hecho, en la Comisaría de la Policía Nacional de Sevilla, las hojas de información fueron incluso registradas formalmente como parte de los efectos personales de los detenidos que habían sido retenidos por la policía. Por último, aunque en las dependencias policiales de España se dispone en general de hojas informativas hasta en 13 idiomas diferentes, a varios extranjeros detenidos que no entendían el español sólo se les había facilitado una hoja informativa en *castellano*.

El CPT recomienda que las autoridades españolas reiteren a los agentes de la autoridad su obligación de informar a todas las personas detenidas sobre sus derechos y que se permita a los detenidos conservar una copia de la hoja informativa sobre sus derechos mientras estén bajo custodia policial. Además, a los extranjeros detenidos que no entiendan el español se les debe proporcionar rápidamente los servicios de un intérprete y no se les debe pedir que firmen declaraciones u otros documentos sin dicha asistencia. También se les debe proporcionar información escrita sobre los derechos de los detenidos en un idioma que entiendan.

c. notificación de la custodia

23. La gran mayoría de las personas entrevistadas declararon que habían podido notificar su detención a un tercero poco después de su privación de libertad. Además, la mayoría de las personas habían podido realizar una llamada telefónica adicional a una persona de su elección supervisada por el personal policial, tal y como establece el artículo 520 (2) del CPP.

No obstante, algunos ciudadanos extranjeros con los que se reunió la delegación afirmaron que no habían podido notificar a sus familias que viven en el extranjero y parece que las llamadas internacionales siguen sin ser posibles. **El CPT recomienda que se permita a los extranjeros (y a cualquier otra persona) bajo custodia policial notificar el hecho de su detención a su familia o a una tercera persona de su elección, incluso si estas personas viven en el extranjero (por ejemplo, haciendo una llamada telefónica gratuita).**

Además, en el caso de un grupo de nueve menores detenidos en el G.R.U.M.E. de Madrid por el mismo delito, los registros no mostraban que cada familia hubiera sido contactada individualmente por la policía. **El CPT desea recibir confirmación de que en estos casos, la familia (o un tercero) de cada menor debe ser informada por separado por la policía del hecho de la detención y el menor debe ser informado individualmente de que dicha notificación ha tenido lugar.**

d. acceso a un abogado

24. Los hallazgos de la delegación del CPT en el transcurso de la visita de 2020 indican que, a pesar de las reformas legales y procesales de los últimos años, incluida la modificación del CPC, algunas personas detenidas por la policía en España seguían teniendo que esperar muchas horas después de su aprehensión antes de tener acceso a un abogado. Por ejemplo, un grupo de cinco

menores detenidos con los que se reunió la delegación el 24 de septiembre de 2020 en la comisaría del G.R.U.M.E. de Madrid no había visto a un abogado más de 18 horas después de su detención.

También se constataron largas demoras antes de tener acceso a un abogado en el caso de los detenidos adultos. Los agentes de policía confirmaron que la práctica habitual seguía siendo concertar una cita para que el abogado estuviera presente en el momento en que se preveía que se iba a registrar una declaración formal, ya fuera por parte de la policía o ante un juez. Esto podía ocurrir bastante tiempo después de que la policía se pusiera en contacto con el abogado por primera vez. Los registros de custodia examinados mostraron un patrón de largos períodos entre el momento de la detención y el momento en que se registró que el detenido había hecho una declaración formal a la policía o ante un juez. ¹⁴Casi nunca había ninguna indicación en los *registros de custodia* (es decir, en la *cadena de custodia e incidencias del libro registro y ficha custodia de detenidos*) de que las personas afectadas hubieran podido consultar a un abogado antes de comparecer por primera vez ante un juez o de hacer una declaración formal ante la policía. ¹⁵

Además, en los registros de custodia (es decir, en la *cadena de custodia e incidencias del libro registro y ficha custodia de detenidos*) nunca se indicaba la hora en la que los agentes de policía se habían puesto en contacto con el colegio de abogados (o con un abogado privado) y en la que se había designado a un abogado concreto.

A la luz de las conclusiones de su delegación, el CPT considera que sigue siendo necesario que las autoridades españolas inviertan más esfuerzos en garantizar que se facilite a las personas detenidas reunirse con un abogado desde el mismo momento de la detención, sin ninguna demora indebida.

El CPT recomienda a las autoridades españolas que tomen nuevas medidas para garantizar que el derecho de acceso a un abogado sea plenamente efectivo en la práctica, teniendo en cuenta estas observaciones.

25. La reforma de 2015 del CPP (es decir, el apartado 7 del artículo 520), también ha introducido el requisito obligatorio de garantizar la confidencialidad de las conversaciones entre un sospechoso penal y su abogado. La delegación del CPT pudo observar que dicha disposición se respetaba en la mayoría de los establecimientos que visitó. No obstante, en algunos casos la delegación observó que dichas conversaciones tenían lugar en los despachos en presencia del personal policial. **Deberían tomarse medidas para garantizar que los abogados puedan reunirse siempre en privado con sus clientes en las comisarías.**

¹⁴. Por ejemplo, en la Comisaría de la Policía Nacional de Algeciras, un ciudadano marroquí detenido a las 00h00 del 30/5/20 fue llevado por primera vez ante un juez a las 16h29 del 01/06/20 (es decir 40 horas y 29 minutos) - 898/20; un ciudadano colombiano detenido a las 08h20 del 31/05/20 fue llevado por primera vez ante un juez a las 08h20 del 02/06/20 (es decir, 48 horas) - 902/20; un ciudadano español detenido a las 17h45 del 23/09/20 declaró por primera vez ante la policía a las 12h20 del 24/09/20 (es decir, 18 horas y 35 minutos) - 1629/20. En la Comisaría de Policía Nacional de Sevilla, un ciudadano español detenido a las 17h45 del 24/08/20 declaró por primera vez ante la policía a las 09h22 del 26/08/20 (es decir, 39 horas y 37 minutos)- 3001/20.

¹⁵. Sólo en un caso (3067/20) de los 93 registros de detención recientes revisados en la Comisaría de la Policía Nacional de Sevilla se hace referencia a que una persona recibió "asistencia letrada" durante una "entrevista", unas cinco horas después de su detención, y menos de 90 minutos antes de su primera comparecencia ante el juez (detención a las 13h10 del 28/08/20, asistencia letrada y entrevista con un abogado, 18h28 del 28/08/20, comparecencia ante el juez, 19h50 del 28/08/20).

e. acceso a un médico

26. Las disposiciones que regulan el acceso a un médico no se modificaron en 2015. El artículo 520 (2) i del CPP establece el derecho de una persona detenida a ser examinada por un médico forense o cualquier otro médico afiliado a la administración pública.¹⁶ Las conclusiones de la visita de 2020 mostraron que la práctica era que la policía llamara al SAMUR (asistencia médica de urgencia) siempre que una persona detenida presentara lesiones o hiciera una petición específica de ver a un médico al ingresar en la custodia policial.

Dicho esto, las personas detenidas que solicitaron asistencia médica en el transcurso de su detención tuvieron más dificultades, ya que los agentes de policía tenían la impresión de que dicha solicitud sólo podía realizarse con una razón válida en el momento del ingreso o, alternativamente, debía ser iniciada por las autoridades fiscales y judiciales competentes.

En cuanto a la necesidad de garantizar la continuidad del suministro de la medicación, la Instrucción 04/2018 estipula que el suministro de medicamentos a las personas detenidas bajo custodia policial se realice previa presentación de una receta médica válida. En el transcurso de sus entrevistas, la delegación del CPT se entrevistó con varios detenidos que alegaron que su tratamiento (en particular, el tratamiento con agonistas opiáceos y antidiabéticos) no estaba garantizado al no poder acreditar la existencia de una prescripción válida. En estos casos, la policía debería llamar a un médico o a un farmacéutico para que verifique si la persona en cuestión tiene una prescripción, consultando la base de datos de asistencia sanitaria.

La delegación del CPT observó una vez más que los exámenes médicos de las personas detenidas realizados en la comisaría o en los hospitales civiles se realizaban sistemáticamente en presencia de los agentes de policía.

27. El CPT recomienda que las autoridades españolas, en su aplicación de las disposiciones del artículo 520 (2) "i" del CPC, cumplan estrictamente los siguientes principios:

- **la solicitud de una persona detenida para ver a un médico debe ser siempre atendida; no corresponde a los agentes de policía, ni a ninguna otra autoridad, filtrar dichas solicitudes;**
- **todos los exámenes médicos de las personas detenidas que se realicen en un establecimiento policial u hospital civil deben llevarse a cabo fuera de la audiencia y -a menos que el médico interesado solicite expresamente lo contrario en un caso determinado- fuera de la vista del personal policial. Además, la colocación de esposas a los detenidos durante el reconocimiento médico debe basarse en una evaluación individual de los riesgos;**
- **se garantice la continuidad del suministro de la medicación necesaria, como el TAO y la medicación de uso crónico, mediante el suministro obligatorio y proactivo de la prescripción necesaria en contacto con las autoridades sanitarias competentes para la prescripción.**

¹⁶. El artículo 520 (6) también prevé que el abogado designado pueda solicitar un examen médico forense de su cliente durante el período de detención.

28. Además, el CPT señala una vez más que la legislación no garantiza el derecho de una persona detenida a acceder a un médico de su elección. En opinión del CPT, permitir a las personas detenidas consultar a un médico de su elección es importante para la continuidad de la atención y puede proporcionar una salvaguardia adicional contra los malos tratos. **El CPT reitera su recomendación de que se introduzca este derecho.**

f. registros de custodia y oficial de custodia

29. Desde abril de 2019, todos los registros de custodia de las fuerzas de seguridad están digitalizados y los agentes, tanto de la *Guardia Civil* como de la *Policía Nacional*, han recibido formación sobre cómo cumplimentar estos registros de forma completa y precisa, tal y como establece la Instrucción 14/2018 de la Subsecretaría de Estado de Seguridad del Estado.¹⁷ No obstante, la delegación del CPT comprobó que no todos los registros estaban diligenciados, por ejemplo, faltaban las firmas de los agentes de policía en algunos de los formularios de disposiciones de garantías fundamentales vistos por la delegación.

Además, en las Comisarías de Policía Nacional de Algeciras y Sevilla, nunca se indicaba en el registro de custodia (es decir, en la *cadena de custodia e incidencias del libro registro y ficha custodia de detenidos*) la hora en que los agentes de policía habían contactado con el colegio de abogados (o con un abogado particular), ni la hora en que se había designado oficialmente a un abogado. También es muy raro que los agentes de policía hagan constar (en la *cadena de custodia e incidencias del libro registro y ficha custodia de detenidos*) la presencia de un abogado en las dependencias de una comisaría. Por ejemplo, en la Comisaría de la Policía Nacional de Algeciras, sólo se había hecho en tres de las 93 fichas de custodia recientes examinadas. Tanto en la Comisaría de Algeciras como en la de Sevilla, el momento y los detalles relativos a los contactos entre (o en nombre de) los detenidos y terceras personas se registraban en un cuaderno aparte y no en los registros oficiales de custodia.

El CPT recomienda que las autoridades españolas tomen medidas para garantizar que, en el futuro, la sección "cadena de custodia e incidencias" del libro registro y ficha custodia de detenidos proporcione una relación completa y precisa de todos los acontecimientos significativos que tengan lugar durante el tiempo que un detenido esté bajo custodia policial. Debe prestarse especial atención a registrar con precisión la hora en que se contacta con un colegio de abogados o con un abogado privado, la hora en que se designa oficialmente a un abogado y la hora o las horas en que un abogado acude efectivamente a la comisaría. Todos los contactos entre (o en nombre de) un detenido y otras terceras partes también deben registrarse de forma completa y precisa en la sección de cadena de custodia e incidentes del registro de custodia.

30. El Comité también considera que la existencia de un "oficial de custodia" (a diferencia de un oficial meramente destinado en la zona de detención), responsable del bienestar de los detenidos durante el tiempo que permanecen bajo su custodia, puede mejorar en gran medida la protección de los detenidos contra los malos tratos y promover el respeto en la práctica de sus derechos fundamentales.

¹⁷ El nuevo sistema debía permitir un control más preciso de toda la cadena de custodia, así como la supervisión de la prestación exacta de garantías fundamentales (como el momento exacto de la notificación a un tercero, el refrendo obligatorio del agente de policía en cuestión, etc.).

En su 28º informe anual, el CPT destacó¹⁸ que la introducción de funcionarios de custodia designados también podría reforzar la aplicación práctica de diversas salvaguardias procesales y de otro tipo contra los malos tratos. Mientras que sigue correspondiendo al agente o agentes que realizan la detención informar a las personas detenidas de sus derechos, los agentes de custodia designados pueden volver a comprobar, en el momento del ingreso en el centro de detención, si la persona detenida ha sido realmente informada de todos sus derechos, los ha comprendido y es capaz de ejercerlos. A este respecto, **el CPT desearía recibir más información sobre la posibilidad de que se enmiende el PCC, entre otras cosas, para crear la función de "oficial de custodia" en las áreas de detención policial.**

g. realización de entrevistas

31. En el transcurso de la visita, la delegación del CPT observó varios interrogatorios de sospechosos de delitos realizados por la policía en presencia de sus abogados (así como de trabajadores sociales y representantes legales en el caso de los menores detenidos)¹⁹. Aunque los interrogatorios se llevaron a cabo en salas de interrogatorio específicas, dichas salas no estaban equipadas con sistemas de grabación de audio y vídeo.

El CPT considera que la grabación electrónica de los interrogatorios policiales (con equipos de audio/vídeo) es un medio eficaz para prevenir los malos tratos durante los interrogatorios policiales, a la vez que presenta importantes ventajas para los agentes de policía implicados. Las grabaciones electrónicas deberán conservarse en condiciones de seguridad durante un período razonable, ponerse a disposición de las personas detenidas en cuestión, y/o de sus abogados, y ser accesibles a los representantes de los órganos de control internacionales y nacionales (incluidos los MNP), así como a cualquier funcionario responsable de la investigación de las denuncias o informes de malos tratos policiales.

El CPT recomienda que las autoridades españolas introduzcan la grabación electrónica (es decir, audio y/o preferiblemente vídeo) de todos los interrogatorios policiales.

¹⁸ Véase el párrafo 85 del 28º informe anual de actividades del CPT CPT/Inf (2019) 9.

¹⁹ De acuerdo con lo establecido al respecto en la Instrucción 01/2017 sobre el "Protocolo de actuación policial con un menor".

4. Condiciones de detención

32. Las condiciones técnicas que regulan las celdas de detención en los establecimientos de las fuerzas de seguridad se establecen en la Instrucción 11/2015 de la Secretaría de Estado de Seguridad. En ella se prevé la instalación de timbres de llamada, el funcionamiento de un sistema de extracción de aire y ventilación en las celdas, así como una unidad de iluminación artificial antivandálica que debe colocarse sobre la puerta de la celda.²⁰ Sin embargo, por "motivos de seguridad", esta Instrucción no prevé que las celdas tengan acceso a la luz natural.

El CPT ha recomendado en el pasado que todas las comisarías de policía en España tengan acceso a luz natural, ventilación adecuada y acceso a un patio exterior si las personas son retenidas durante más de 24 horas. Aunque el CPT reconoce que podría ser estructuralmente difícil garantizar que los establecimientos existentes se ajusten a estos requisitos, confiaba en que las autoridades españolas incluyeran estos requisitos en el diseño de las nuevas instalaciones de detención policial.²¹ Sin embargo, parece que hasta la fecha no es así.

33. Todas las celdas individuales y polivalentes de las dependencias policiales visitadas durante la visita de 2020²² medían entre 6m2 (individuales) y 24m2 (polivalentes), y disponían de zócalos de hormigón, colchones de espuma y mantas que cumplían con los estándares mínimos establecidos en la Instrucción 11/2015. No obstante, no había acceso a la luz natural y la iluminación artificial era escasa, lo que no permitía leer. Además, en el momento de la visita del CPT varias personas detenidas en las comisarías de Sevilla (Blas Infante) y Madrid (Hortaleza) se quedaron a oscuras y no pudieron comunicar al personal su deseo de que se encendiera la iluminación de las celdas.

La ventilación era deficiente en la mayoría de los establecimientos visitados y, en particular, en las comisarías de Sevilla (Blas Infante), Madrid (Centro) y Valencia (Zapadores), donde parecía que el sistema de extracción de aire y ventilación funcionaba mal.

Además, ninguna de las celdas de ninguno de los establecimientos visitados²³ disponía de un timbre de llamada o de un aseo dentro de la celda, y los detenidos tenían que recurrir a los gritos y/o a los golpes en la puerta para atraer la atención de los agentes de custodia si querían acceder al aseo o solicitar asistencia médica.

El estado general de conservación e higiene de las celdas era, en general, satisfactorio, a excepción de las áreas de detención de las Comisarías de Madrid (Centro) y Sevilla (Blas Infante), que presentaban un estado de conservación y limpieza deficiente.

²⁰. La Instrucción 11/2015 prevé que las puertas de las celdas sean de barrotes verticales/horizontales o de metal macizo con trampillas.

²¹. Mediante carta recibida el 7 de octubre de 2020, las autoridades españolas informaron al Comité de que el Gobierno de España había adoptado un plan de 600 millones de euros para mejorar las infraestructuras de los establecimientos de la Guardia Civil y la *Policía Nacional durante el periodo 2019-2025*.

²². Es decir, 15 celdas en Algeciras, 12 celdas en Castellón, ocho celdas en Madrid (Hortaleza), siete celdas en Madrid (Centro), 36 celdas en las comisarías de Sevilla (Blas Infante) y 15 celdas Valencia (Zapadores), y siete en la comisaría local de Utrera. El centro de detención nocturna de Moratalaz, en Madrid, contaba con 61 celdas de 6-24m².

²³ A excepción de las celdas utilizadas para la detención de personas en régimen de incomunicación.

34. Las 19 celdas para menores de la Comisaría del G.R.U.M.E. de Madrid, así como las celdas específicas para menores de las Comisarías de Sevilla (Blas Infante), Algeciras, Valencia (Zapadores) y Castellón, disponían de un aseo interior separado del zócalo de hormigón por una rejilla metálica.²⁴ Las celdas en cuestión estaban en general en buen estado de conservación e higiene. No obstante, carecían de acceso a la luz natural, tenían poca ventilación y no tenían timbre de llamada. Además, ninguna de las celdas estaba cubierta por un circuito cerrado de televisión; a la luz de las graves denuncias de malos tratos en dichas celdas y de la vulnerabilidad de los niños detenidos por la policía, debería instalarse un circuito cerrado de televisión en las celdas destinadas a los menores.

35. En cuanto al acceso a los alimentos y al agua, la delegación del CPT pudo comprobar que los detenidos recibían regularmente tres comidas al día y acceso al agua del grifo en cumplimiento de la Instrucción 04/2018.

36. En la Comisaría de Algeciras se habían producido dos suicidios en el transcurso de 2020 (el 23 de enero y el 1 de junio), ambos cometidos utilizando una manta para colgarse de los barrotes de la puerta de la celda. En el momento de su visita, la delegación del CPT constató que las dos celdas en cuestión seguían siendo utilizadas, pero todavía no estaban cubiertas por un circuito cerrado de televisión, ni tenían timbres de llamada. Además, el establecimiento no disponía de ropa o mantas antidesgarro ni de procedimientos específicos para gestionar a los detenidos vulnerables.

37. El CPT reitera su recomendación a las autoridades españolas para que garanticen que todas las nuevas instalaciones de custodia policial incluyan en su diseño el acceso a la luz natural, así como un patio exterior para las personas detenidas durante más de 24 horas.

Además, el CPT recomienda que se tomen medidas en todos los centros de detención para garantizar que la iluminación artificial tenga una luminosidad suficiente para permitir a los detenidos leer, que los sistemas de ventilación funcionen eficazmente y que todas las celdas estén equipadas con un timbre de llamada. También se deben tomar medidas para mantener las celdas de Sevilla (Blas Infante) y Madrid (Centro) en un estado de conservación limpio y decente.

Se requieren medidas urgentes en la Comisaría de Algeciras y en otros establecimientos policiales para garantizar que las celdas no posean puntos de ligadura. Además, en todos los centros de detención de las fuerzas de seguridad deben existir protocolos claros, acompañados de la formación pertinente, sobre la identificación y gestión de los presos vulnerables con riesgo de autolesión o de intento de suicidio. Dichos protocolos deben incluir la provisión de ropa y mantas a prueba de desgarros y la instalación de CCTV en las celdas y una mayor supervisión directa.

En lo que respecta a las celdas utilizadas para retener a los niños, el CPT recomienda que estén equipadas con CCTV como salvaguarda contra los malos tratos y como medida complementaria para controlar su estado de bienestar mientras están detenidos.

²⁴ Véase el punto 9.7 de la Instrucción 11/2015.

B. Establecimientos penitenciarios

1. Observaciones preliminares

a. avances recientes

38. El CPT observa positivamente que el número de presos en España ha ido disminuyendo de forma constante durante los últimos 10 años. En 2011, la población penitenciaria se situaba en 73.157 reclusos para una capacidad oficial de 65.077 plazas, mientras que en 2016 la población había descendido a 60.309²⁵ mientras que la capacidad había aumentado a 75.965. Esta tendencia a la baja ha continuado y la población penitenciaria oficial se sitúa en 58.642 (incluyendo 8.379 en Cataluña) *para una capacidad oficial de 73.794* (64.237 en la Administración del Estado, 9.557 en Cataluña) a febrero de 2020.

La población ha seguido descendiendo durante el año 2020, acelerada por las medidas adoptadas para evitar la propagación del COVID-19 en las prisiones y, a 1 de diciembre de 2020, la población penitenciaria oficial era de 47.300 personas en las cárceles de²⁶ la Administración del Estado (y 7.880 en Cataluña), *es decir*, un nivel de ocupación del 75% y una tasa de población penitenciaria de 117 por cada 100.000 habitantes.

El CPT recuerda que la disminución de la población penitenciaria está relacionada con los esfuerzos específicos invertidos en el aumento del uso de medidas no privativas de libertad, como las sanciones comunitarias y la vigilancia electrónica, así como las reformas legislativas que han reducido la duración de las penas para una serie de delitos penales.²⁷ El número de extranjeros se ha mantenido estable en el 28% de la población penitenciaria desde 2016.

A la luz de la reducción de la población penitenciaria, el CPT recomienda que las autoridades españolas hagan todo lo posible para limitar el hacinamiento local y, en particular, para garantizar que las prisiones estándar (con 1.008 celdas) tengan un nivel de ocupación de una persona por celda, a menos que haya solicitudes o razones específicas para que una celda sea compartida por dos presos. Cuando el número de personas en un módulo se eleva muy por encima de una persona por celda, las condiciones de detención se ven afectadas negativamente.

39. El CPT fue informado de varios programas aprobados para renovar el parque penitenciario, como la actualización de los sistemas digitales, la renovación de las zonas de cocina y los servicios sanitarios y la instalación de nuevos sistemas de intercomunicación en las celdas para facilitar la comunicación bidireccional con los centros de control del personal. Además, se han aprobado algunos proyectos de inversión de capital hasta el año 2026, como la construcción de un nuevo centro penitenciario en San Sebastián, en sustitución del actual Centro Penitenciario de Martutene, la reforma integral del Centro Penitenciario de El Dueso (Santander) y la reforma parcial de 53

²⁵. Es decir, un descenso de la tasa de población reclusa de 158 a 133 por cada 100.000 habitantes entre 2011 y 2016.

²⁶ La Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP) es responsable de 69 prisiones ordinarias, 33 centros de reinserción social, 3 unidades materno-infantiles y dos hospitales psiquiátricos penitenciarios.

²⁷. En particular, las enmiendas de 2009 al Código Penal y a la Ley de Seguridad Vial, que han reducido las penas por cargos relacionados con el tráfico de drogas.

centros penitenciarios, en materia de seguridad, instalaciones sanitarias y alojamiento.

Además, en el periodo transcurrido desde la visita periódica de 2016, se han adoptado una serie de nuevas instrucciones penitenciarias, especialmente en lo que se refiere al registro de denuncias por presuntos malos tratos por parte del personal (Orden de Servicio 8/2016), los partes de lesiones que deben elaborar los centros penitenciarios y la regulación de la medida de fijación mecánica del régimen (Instrucciones 3/2018 y 4/2020).

40. El CPT observa que las autoridades españolas tienen la política de intentar asignar a los presos, en la medida de lo posible, a prisiones cercanas a sus domicilios, de acuerdo con las Reglas Penitenciarias Europeas de 2006 (Regla 17.1). Sin embargo, en el transcurso de la visita, la delegación del CPT se encontró con un número considerable de presos que estaban encarcelados a gran distancia de sus hogares. Una categoría se refiere a los presos desafiantes que son trasladados de una prisión a otra en todo el país con frecuencia.

Una segunda categoría se refiere al internamiento de presos afiliados a ETA (*Euskadi Ta Askatasuna*). Estos presos han sido generalmente asignados a prisiones muy alejadas del País Vasco. Muchos de ellos llevan mucho tiempo en prisión y, en su mayoría, siguen alojados en los módulos de régimen cerrado como presos de primer grado según el artículo 91.2 del Reglamento Penitenciario de 1996 y sometidos a seguimiento FIES 3.²⁸ Su buen comportamiento en prisión no cambia su categorización. A la luz de la anunciada disolución de ETA en abril de 2018 y el abandono de su campaña armada en 2011, hay motivos para que estos presos sean ubicados, en base a una adecuada evaluación de riesgos, más cerca de sus familias ya sea en el País Vasco o en otro lugar de España.

El CPT agradecería los comentarios de las autoridades españolas sobre la cuestión del internamiento de presos afiliados a ETA, a la luz de las observaciones anteriores.

b. impacto de COVID-19 en las prisiones

41. Las autoridades españolas actuaron a partir de finales de enero de 2020 para poner en marcha una serie de medidas para evitar la propagación del COVID-19 dentro de las prisiones, tal y como comunicaron las autoridades españolas al CPT el 30 de abril de 2020.²⁹ Entre ellas se encuentran las siguientes:

- Poner fin a todos los permisos y salidas de las prisiones, incluidos los traslados, a menos que sean urgentes;
- Aumento de las llamadas telefónicas, especialmente a los abogados;
- Introducción de la videoconferencia (introducción de más de 200 teléfonos móviles seguros);
- Sólo el personal esencial puede entrar en las prisiones;
- Cierre de todos los talleres y programas educativos externos;
- Los presos pueden permanecer en las celdas durante el día;
- Comidas por turnos para reducir el número de comensales;
- Información a los presos sobre la crisis de COVID-19 - información específica "*Lectura*

²⁸. Véase la nota 57 más abajo. El control FIES 3 implica, *entre otras cosas*, tener que cambiar de celda cada tres meses.

²⁹. En general, la SGIP ha conseguido limitar la tasa de infección en las prisiones al 25% de la experimentada en la comunidad (es decir, 1,08 casos por cada 1.000 presos).

- Fácil*" proporcionada a grupos vulnerables como los presos con problemas de aprendizaje;
- Los reclusos vulnerables y los mayores de 70 años pasaron al ^{tercer} grado y se les permitió
 - permanecer en su casa si se consideraba que no corrían riesgo de reincidencia; los que no cumplían los requisitos para el ^{tercer} grado fueron colocados en pabellones de alojamiento separado;
 - Desinfección realizada por la Unidad Militar de Emergencias en todas las prisiones.

Hasta el 15 de septiembre de 2020, las prisiones españolas habían registrado infecciones positivas por COVID-19 en unos 240 presos y 400 miembros del personal penitenciario.

42. En el transcurso de la visita de 2020, la delegación del CPT tuvo la oportunidad de examinar el impacto de las medidas adoptadas para prevenir la propagación del COVID-19 en las prisiones e intercambiar opiniones con el personal y los presos sobre la eficacia de dichas medidas.

En todas las prisiones visitadas existían medidas estandarizadas como la cuarentena de todos los nuevos ingresos en una prisión durante un periodo de 7 a 14 días antes de ser trasladados a un módulo de alojamiento ordinario. Asimismo, los presos que regresaban de un permiso también eran puestos en cuarentena durante un periodo de 7 a 14 días. Cuando se descubriera un caso de COVID-19 en un módulo de alojamiento, todo el módulo sería sometido a un confinamiento de 10 a 14 días. A las personas confinadas se les permitía salir de sus celdas todos los días para ducharse (si lo necesitaban) y para acceder al teléfono. Sin embargo, no se les ofrecía acceso diario al patio de ejercicios exterior, en contra de la Declaración de Principios del CPT.³⁰ Además, a los presos no se les suministraba una cantidad suficiente de mascarillas y, lo que es más preocupante, la delegación del CPT recibió quejas de que los miembros del personal no siempre llevaban una mascarilla cuando entraban en contacto con los presos. Este último punto es importante, dado que el personal es el conducto más probable del virus en las prisiones. **Estos puntos deberían ser tratados adecuadamente en caso de que vuelva a surgir la necesidad de imponer períodos de cuarentena a los presos debido a la pandemia de COVID-19.**

Dicho esto, hay que felicitar a las autoridades españolas y al personal penitenciario por las medidas adoptadas para evitar la propagación generalizada del virus Sars-Cov-2 dentro de las prisiones, y agradecer a los presos su comprensión al soportar aún más restricciones durante la pandemia. El **CPT desearía recibir información actualizada sobre los efectos de la pandemia de COVID-19 en las prisiones españolas hasta el 1 de junio de 2021, tanto para el personal como para los presos.**

c. establecimientos penitenciarios visitados

43. En el transcurso de la visita de 2020, la delegación del CPT visitó el Centro Penitenciario de Mujeres de Ávila (véase la sección 3 más adelante), el Centro Penitenciario de Castellón II, el Centro Penitenciario de Madrid VII (Estremera) y el Centro Penitenciario de Sevilla II. También realizó visitas específicas al Centro Penitenciario de Madrid V (Soto del Real), al Centro Penitenciario de Sevilla I y al Centro Penitenciario de Valencia (Picassent) para, *entre otras cosas*,

³⁰ El principio 7 establece, *entre otras cosas*, que los presos deben tener "el derecho de acceso diario al aire libre (de al menos una hora)." - véase la Declaración de principios relativa al trato de las personas privadas de libertad en el contexto de la pandemia de la enfermedad por coronavirus (Covid-19) emitida por el CPT el 20 de marzo de 2020.

entrevistar a los presos recién llegados.

Además, se realizaron visitas a los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios de Alicante y Sevilla (véase el apartado C más adelante).

En esta ocasión, la delegación del CPT no visitó ningún establecimiento penitenciario dependiente del Departamento de Justicia de la *Generalitat de Catalunya*.³¹

³¹. Véase [el informe sobre la visita del Comité a la comunidad autónoma de Cataluña en septiembre de 2018](#).

2. Establecimientos penitenciarios para hombres

44. En los últimos 20 años, España ha promovido la construcción de una prisión estandarizada (*centros tipo*). Todas estas prisiones están situadas a 40 kilómetros o más de la gran zona urbana más cercana, en pleno campo. Todas las prisiones incluyen 14 módulos autónomos con 72 celdas cada uno (cada celda está diseñada para albergar hasta dos personas), un módulo de aislamiento separado (es decir, un módulo de régimen cerrado o departamento especial) y un centro sociocultural (que incluye un gran pabellón deportivo y un gimnasio) en el centro del establecimiento y, normalmente, una piscina y un campo de fútbol. Cada uno de los módulos consta de dos plantas de celdas, con la planta baja ocupada por una gran zona de asociación abierta (que incluye una cafetería y un comedor cerrado), con un patio exterior contiguo, del que solían salir un pequeño gimnasio, un aula y un taller. Un rasgo característico de estos establecimientos penitenciarios es la alta torre de vigilancia que domina el paisaje.

Las cárceles de Castellón II, Madrid V (Soto del Real), Madrid VII (Estremera) y Sevilla II se ajustan a este modelo.

El **Centro Penitenciario Castellón II** está situado cerca del pueblo de Albocàsser, a unos 60 kilómetros (km) al norte y al interior de la ciudad de Castellón de la Plana. La prisión se inauguró en 2008 y en el momento de la visita albergaba a 998 hombres. El centro penitenciario cuenta con 12 módulos ordinarios (de los cuales cuatro fueron designados como *módulo de respeto*³²), un módulo para presos con trastornos mentales ingresados en el PAIEM,³³ dos módulos para presos diagnosticados con trastornos por consumo de sustancias conocidos en la UTE,³⁴ un módulo para personas clasificadas como FIES 4,³⁵ un módulo de régimen cerrado, una enfermería y una pequeña unidad utilizada para los ingresos. Debido a la pandemia del COVID-19, uno de los módulos de la UTE se había convertido en una unidad para poner en cuarentena a los presos recién llegados, así como a los que regresaban de sus vacaciones o a los que habían tenido una visita íntima.

El **Centro Penitenciario Madrid V (Soto del Real)**, situado a 40 km al norte de Madrid, albergaba a 1.105 presos, de los cuales 564 estaban en prisión preventiva (incluidas 10 mujeres) y siete cumplían una medida judicial de seguridad. El centro penitenciario cuenta con 14 módulos para el alojamiento de presos preventivos y condenados, así como un módulo de ingreso, una enfermería y un módulo de régimen cerrado.

La **prisión Madrid VII (Estremera)** está situada a 80 km al sureste de Madrid, cerca del pueblo de Estremera. La prisión fue construida en 2008 y en el momento de la visita albergaba a 1.076 hombres y mujeres. En concreto, había 975 hombres y 101 mujeres, de los cuales 89 en total estaban en prisión preventiva y dos cumplían una medida judicial de seguridad. El centro penitenciario cuenta con siete módulos para hombres condenados (tres de los cuales eran *módulos de "respeto"*), dos módulos para hombres en prisión preventiva y dos módulos para mujeres (uno de los cuales era un *módulo de respeto*). Además, había una UTE que acogía a hombres y mujeres, un

³² Véase el apartado b.iii para una descripción del funcionamiento de estos módulos de respeto.

³³ El PAIEM (*Programa de Atención Integral al Enfermo Mental*) es un programa de atención a los reclusos que sufren un trastorno mental en prisión.

³⁴ *La Unidad Terapéutica y Educativa.*

³⁵ El FIES (*Fichero de Internos de Especial Seguimiento*) es una categoría de registro especial destinada a ejercer un control sobre los presos considerados más difíciles de manejar con el fin de "garantizar la seguridad y el buen orden del establecimiento, así como la integridad física de estos internos". Una subcategoría, el FIES 4, se refiere a los presos que anteriormente pertenecían a las fuerzas de seguridad del Estado.

módulo para presos con discapacidad intelectual, un módulo para presos FIES 4 y una unidad para un programa educativo específico, así como un módulo de régimen cerrado, una enfermería y una pequeña unidad utilizada para ingresos. Debido a la pandemia de COVID-19, se utilizó un módulo para poner en cuarentena a las personas que regresaban de un permiso.

El **Centro Penitenciario de Picassent (Antoni Asunción Hernández), en Valencia**, está situado a unos 25 km al sur del centro de la ciudad. Es el mayor centro penitenciario de España y consta de dos complejos penitenciarios en el mismo emplazamiento, uno con 13 módulos y el otro con 23. El día de la visita, albergaba a 1.806 presos, incluidos seis que cumplían una medida judicial de seguridad.

El **Centro Penitenciario Sevilla II**, situado a 70 kilómetros al este de Sevilla, en el municipio de Morón de la Frontera, fue inaugurado en 2011. El establecimiento albergaba a 1.001 presos varones, de los cuales 30 estaban en prisión preventiva y cuatro eran pacientes psiquiátricos forenses. El centro penitenciario cuenta con 11 módulos para reclusos condenados (cuatro de ellos eran módulos de respetos), un módulo que acoge a pacientes del PAIEM, tres módulos terapéuticos (una UTE, un módulo para reclusos en terapia de sustitución con metadona) y un módulo para reclusos mayores. Además, había un módulo de régimen cerrado, una enfermería y una pequeña unidad destinada a los ingresos. Debido a la pandemia de COVID-19, se utilizó un módulo para poner en cuarentena a las personas que regresaban de un permiso.

a. malos tratos

45. La mayoría de los presos entrevistados por la delegación del CPT en el transcurso de la visita periódica de 2020 no alegaron malos tratos por parte del personal. En cada uno de los establecimientos penitenciarios visitados, las personas entrevistadas afirmaron que había funcionarios de prisiones que eran solidarios y correctos en su comportamiento. Sin embargo, en todas las prisiones visitadas los presos se refirieron a varios funcionarios que buscaban provocar conflictos o que utilizaban cualquier pretexto para demostrar su poder sobre los reclusos, incluso mediante malos tratos físicos y abusos verbales. Además, casi todos los presos con los que habló la delegación afirmaron que presentar cualquier tipo de queja formal contra un funcionario de prisiones sólo empeoraría su situación.

46. La delegación recibió un gran número de alegaciones consistentes y creíbles de malos tratos físicos recientes por parte del personal, sobre todo en los módulos ordinarios denominados "conflictivos" que se consideraba que acogían a los presos más difíciles y en los módulos de *régimen cerrado* y *departamentos especiales*. Los reclusos que cometieron actos de autolesión, algunos de los cuales padecían una enfermedad mental, también alegaron que fueron maltratados como castigo por haberse autolesionado. En la mayoría de los casos, los supuestos malos tratos consistían en bofetadas en la cabeza y en la parte superior del cuerpo por parte de funcionarios que llevaban guantes. Sin embargo, en cada una de las prisiones visitadas se recibieron varias denuncias mucho más graves de puñetazos, patadas y golpes con porras. En varios casos, los presuntos malos tratos se aplicaron como castigo informal tras casos en los que el personal consideró que los presos habían sido desobedientes (por ejemplo, por participar en un altercado verbal, por llegar tarde al encierro o por molestar a los funcionarios durante el mismo) o tras casos de violencia entre presos. Algunas de las alegaciones estaban respaldadas por lesiones observadas por la delegación o anotadas en los historiales médicos. Sin embargo, la notificación y el registro de las lesiones fue, en

general, totalmente ineficaz en las prisiones visitadas.

Los presuntos malos tratos se produjeron bien en los módulos ordinarios, en una celda o en la entrada del módulo (en una sala de registro, en la sala de enfermería o en el despacho del educador o en el corto pasillo lateral, ninguno de los cuales estaba vigilado por cámaras de seguridad), bien en el módulo de régimen cerrado.

Además, las denuncias de abusos verbales consistentes en insultos de carácter racial, étnico y religioso fueron también frecuentes en todos los establecimientos visitados y fueron planteadas en particular por presos extranjeros, gitanos y musulmanes.

El CPT desea destacar varios casos de presuntos malos tratos que representan sólo una pequeña muestra de las denuncias recibidas. Mientras que algunas de las personas con las que se reunió la delegación declararon que querían presentar una denuncia por malos tratos,³⁶ otras proporcionaron información con la condición de que no se divulgaran sus nombres.

47. En el *Centro Penitenciario Castellón II*, un tercio de los más de 75 presos entrevistados por la delegación del CPT alegaron haber sido maltratados, principalmente con bofetadas pero también con puñetazos, patadas y golpes de porra. Se recibieron denuncias de presos alojados en los módulos 2, 3, 5, 11, 12, 14 (PAIEM), 17 (régimen cerrado) y 18 (enfermería). Cabe destacar que todos los reclusos entrevistados que estaban alojados actualmente o habían estado alojados anteriormente en el módulo de régimen cerrado afirmaron que los funcionarios de prisiones que trabajaban en este módulo les provocaban constantemente, incluso dándoles palmadas en la cabeza o tocándoles deliberadamente el pene al realizar los cacheos/registros diarios. Varios presos con los que se habló en los *módulos de respeto afirmaron* que habían presenciado casos de malos tratos por parte del personal mientras trabajaban en otros módulos.

- i. Un preso (FA) declaró que el 14 de agosto de 2020 tuvo una discusión en el rellano de su celda con un funcionario de prisiones que supuestamente le agarró del brazo y le llevó escaleras abajo hasta la entrada del módulo 11. Lo llevaron a la oficina que está junto a la cafetería (normalmente utilizada para las reuniones con los educadores), y le esposaron las manos a la espalda. Posteriormente, llegaron varios funcionarios de prisiones más y supuestamente lo sujetaron sobre el escritorio y le propinaron varias patadas y puñetazos en diversas partes del cuerpo y lo sometieron a múltiples golpes de porra en las plantas de los pies (él afirma que en ese momento llevaba chanclas y que ya se le habían caído). Los registros oficiales muestran que se aplicaron cuatro minutos de *fuerza mínima* para inmovilizar al preso y evitar que fuera agresivo después de que, al parecer, diera una patada al detector de metales de la entrada del módulo e intentara agitar a otros presos. Afirma que cuando fue atendido por el médico, sólo se le hicieron algunas preguntas a través de la puerta abierta con los funcionarios de prisiones aún presentes, y que el médico no lo examinó a pesar de que el preso declaró que había sido golpeado. Además, afirma que sólo pudo caminar de puntillas durante los 5 días³⁷ siguientes y que había comprado tramadol en el mercado negro para aliviar el dolor.

³⁶. A este respecto, corresponde a cada persona presentar una queja ante las autoridades pertinentes, ya que proporcionar al CPT los detalles de una alegación de malos tratos no constituye una queja oficial. Esto se les aclaró a las personas con las que se reunió la delegación del CPT durante la visita.

³⁷ Esta afirmación concreta fue corroborada posteriormente por el preso con el que FA compartió celda durante varias semanas después de haber sido trasladado a otro módulo tras el incidente mencionado.

- ii. Un preso (CdHP) recluido en el módulo de régimen cerrado declaró que el 7 de agosto de 2020 el médico le había retirado una medicación específica (Rubifen³⁸) que tomaba desde niño. En consecuencia, había utilizado un trozo de cristal para autolesionarse, lo que había provocado la entrada de unos seis funcionarios de prisiones en su celda. Una vez inmovilizado y con las manos esposadas a la espalda, alega que empezaron a darle patadas y puñetazos que le hicieron caer al suelo. Afirma que le levantaron por las esposas y que, de camino a la habitación para ser fijado a una cama, le propinaron nuevos puñetazos. Según la documentación examinada, al ser fijado se le cubrió la cabeza con una toalla seca y se le inyectó haloperidol y biperideno. A la mañana siguiente fue examinado por el médico que hizo constar que "hoy se aprecian nuevas lesiones" - *excoriación del codo derecho, hematomas en la región de la tibia izquierda, contusión dolorosa de la primera falange metatarsiana del pie* - que, en opinión del CPT, difícilmente podían considerarse compatibles con un régimen de fijación mecánica a una cama.

48. En *el Centro Penitenciario Madrid VII (Estremera)*, la delegación recibió varias denuncias de malos tratos físicos, incluso a mujeres presas. La delegación también descubrió un caso muy reciente que comunicó inmediatamente al director de la prisión y que posteriormente apareció en un artículo de prensa.³⁹

- i. Un preso (FUP) declaró que el 9 de septiembre de 2020 a las 17h00, tras una controversia con otro recluso en el contexto de un cambio de celda en el módulo 2, fue llevado a la oficina del educador en la entrada del módulo y maltratado por cuatro o cinco funcionarios de prisiones. Al parecer, le empujaron al suelo, le esposaron las manos a la espalda, le golpearon la cabeza contra el suelo, le pisotearon el cuerpo con sus zapatos y le propinaron múltiples golpes de porra en las nalgas, en la parte posterior de las rodillas y en las plantas de los pies. La delegación comprobó que las lesiones sufridas por este preso no habían sido registradas cuando fue puesto en "aislamiento provisional".⁴⁰ Además, los informes redactados por los funcionarios de prisiones implicados y por el jefe de servicio ("Jefe de Servicios") no reflejaban con exactitud el uso "mínimo" de la fuerza. En ninguno de los informes se menciona el uso de la fuerza y, en particular, el uso de las porras. Además, el preso proporcionó un relato de los hechos que condujeron a la supuesta paliza mucho más plausible que el registrado en las declaraciones del personal penitenciario. Al ser examinado por el médico de la delegación, se comprobó que FUP presentaba extensos hematomas en las nalgas, en la parte posterior de las rodillas, en la planta del pie izquierdo y alrededor de los tobillos, así como hematomas alrededor del ojo izquierdo donde había recibido un puñetazo. Más concretamente, se observaron las siguientes lesiones:

- *hematoma, de colores mixtos, púrpura azulado verdoso, en la región glútea izquierda, de 20x15 cm; márgenes difusamente fusionados con la zona circundante;*



³⁸ Rubifen se utiliza para tratar el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Ver, *inter alia*, «[El Consejo de Europa investiga las supuestas torturas en Estremera](#)», El País, 25 September 2020.

⁴⁰ El médico que había visitado a FUP en el departamento especial de los barrotes de la puerta interior de la celda si tenía alguna lesión. El CPT afirmó que había declarado que "me habían golpeado con las porras". Tres funcionarios de prisiones estaban presentes con el médico. Veinticuatro horas más tarde, a petición del Jefe de Seguridad, fue examinado de nuevo por un médico en presencia de los funcionarios y se anotaron algunas lesiones que fueron descritas como "leves".

- *Varios hematomas lineales violáceos y verdosos en la región glútea derecha;*
- *Hematomas lineales paralelos en la parte inferior de la región posterior del muslo izquierdo, de color verdoso;*



- *hematoma en el centro del arco plantar del pie izquierdo, de color morado oscuro, de 1,5x2 cm; doloroso a la palpación;*
- *dos heridas de abrasión en la región del maléolo medial izquierdo;*
- *hematoma, de color púrpura oscuro, que mide 3x8 cm; debajo del maléolo medial izquierdo;*
- *Hinchazón en la zona del maléolo medial izquierdo;*

- *hematoma en la parte superior de la región sural izquierda, justo debajo del hueso poplíteo izquierdo, de color azulado violáceo, que mide 12x10 cm; los márgenes se funden difusamente con la zona circundante;*
- *Varios hematomas lineales paralelos, de color púrpura azulado en la región del hueso poplíteo izquierdo (parte posterior de la rodilla);*
- *marcas de esposas en ambas muñecas; se veían varias excoriaciones;*
- *la rodilla derecha estaba vendada y no fue examinada.*



Cuando la delegación del CPT puso este caso en conocimiento del Director el 17 de septiembre de 2020, no había ningún indicio de que la dirección de la prisión hubiera iniciado una investigación adecuada a pesar de la denuncia formal del preso. Sin embargo, más tarde ese mismo día, el Director informó al *Juzgado de Instrucción* sobre el uso de medidas coercitivas y la "disfunción de los funcionarios intervinientes".

Mediante comunicación de 19 de enero de 2021, las autoridades españolas informaron al CPT de que se había abierto un procedimiento disciplinario contra siete funcionarios de prisiones y que estaba pendiente una investigación penal. El CPT **desea ser informado del resultado de este procedimiento disciplinario y de la investigación penal relativa a este caso.**

- ii. El 28 de agosto de 2020, tras haber sido trasladado recientemente al Módulo 6, el preso CAPC dijo que había recibido un mensaje de unos amigos del Módulo 5. Poco después, le llamaron a la entrada del Módulo, donde varios funcionarios de prisiones le llevaron a un despacho y recibió cuatro bofetadas en la cabeza y un par de patadas en las piernas. Dice que admitió haber recibido dos trozos muy pequeños de hachís, lo que supuestamente le hizo recibir más bofetadas en la cabeza y patadas en las piernas por parte de los funcionarios. Dice que fue llevado a la enfermería donde le contó al médico lo sucedido, en presencia de los funcionarios de prisiones, pero que el médico no reaccionó visiblemente.

Este caso es típico de las numerosas denuncias recibidas de los módulos de régimen ordinario visitados (en particular, los módulos 1, 2, 6 y 12), en las que los funcionarios de prisiones reprendieron físicamente a los presos por infringir las normas, no cumplir una orden o contestar a un funcionario.

49. En *el Centro Penitenciario de Sevilla II*, la delegación volvió a recibir numerosas denuncias creíbles de malos tratos físicos que se habrían producido bien en la entrada del módulo (en la sala de enfermería o en el despacho del educador o en el pasillo corto), bien en la segunda sala de cacheos situada a la entrada del módulo de régimen cerrado (es decir, el módulo 13) que, por razones obvias, no estaba cubierta por las cámaras de seguridad. Las denuncias se vieron respaldadas en varios casos por el registro de lesiones por parte de los médicos de la prisión, que coincidían con las declaraciones del preso. Llama la atención, en este sentido, que el cable coaxial que conectaba la única cámara de videovigilancia con visión directa de la puerta de esa sala de cacheos se descubrió que había sido arrancado bruscamente de su enchufe en el servidor de videovigilancia, con lo que no se pudieron grabar imágenes de las idas y venidas a esa sala del personal del módulo de régimen cerrado. Cabe señalar también, a este respecto, que la sala del servidor de cámaras no tenía cerradura, y era directamente accesible a través de una escalera desde una zona de observación de seguridad patrullada exclusivamente por el personal del módulo 13 (véase también el apartado 54).

- i. Un preso (JCH) alegó que el 24 de abril de 2020 había empezado a gritar y a golpear la ventana de su celda en el Módulo 2 para protestar porque otro preso había sido colocado en la misma celda que él. Como consecuencia de ello, afirma que fue sacado de la celda, esposado y, mientras era escoltado al Módulo 13, fue sometido a puñetazos, bofetadas y golpes con porras en varias partes del cuerpo por cuatro funcionarios de prisiones. *Al ser ingresado en una celda de aislamiento temporal fue examinado por el médico, que registró las siguientes lesiones: "hematomas circulares en ambas muñecas, hematoma lineal en el muslo izquierdo y hematoma circular de 1x1[cm] en la región temporal frontal izquierda, compatibles con la alegación de paliza".*

Este preso había sufrido lesiones más extensas después de que, supuestamente, los funcionarios de prisiones le golpearan con las porras durante 10 minutos el 26 de diciembre de 2019. En ambos casos el preso ha presentado una denuncia ante el Juez de Vigilancia. Lamentablemente, no se ha llevado a cabo una investigación adecuada para determinar cómo se puede justificar el uso de una fuerza "mínima" tan prolongada sobre un preso ligero y vulnerable de 1,68 metros de altura.

- ii. Un preso (TS) declaró que el 22 de enero de 2020 tuvo un altercado verbal con el grupo de seis funcionarios de prisiones que realizaban un registro de celdas en el módulo 4. Como resultado, fue esposado y supuestamente golpeado varias veces con una porra en las piernas. Posteriormente, fue trasladado al módulo 13, donde fue llevado a la sala de registro de la entrada del módulo por un grupo de agentes con todo el equipo de protección antidisturbios. Al parecer, uno de los agentes, que llevaba casco, le propinó un par de cabezazos que le dañaron los dientes delanteros. Al ser ingresado en una celda de aislamiento temporal, fue examinado por el médico de la prisión, que registró las siguientes lesiones: *"Observo que el diente incisivo superior (21) y el diente molar derecho de la arcada superior (14) están ambos erosionados pero ignoro su estado anterior. Extensión completa pero dolorosa del brazo derecho. Dos hematomas lineales (supuestamente en línea de tranvía) (10 x 1,5 cm) en la cadera derecha y en la cara lateral del muslo izquierdo".*
- iii. Un preso (JSMD) declaró que el 31 de agosto de 2020 tuvo una discusión con otro recluso que quería abofetearle, por lo que empezó a gritar. Los funcionarios de prisiones intervinieron y lo trasladaron al módulo 13, donde lo metieron en una celda completamente desnudo. Una vez en la celda, alrededor de las 17:30 horas, al parecer, pidió el paquete de cigarrillos que le faltaba, tras lo cual el *Jefe de Servicios* y seis funcionarios procedieron a golpearle con las porras. Los registros oficiales muestran que se aplicaron cinco minutos de fuerza mínima. El 2 de septiembre, a las 17:05 horas, fue devuelto al módulo 3 después de haber sido examinado por un médico. Aunque el médico anotó haber visto las lesiones, el registro médico no las describe de ninguna manera ni relata las alegaciones de malos tratos hechas por el preso. Según el preso, tenía dos grandes hematomas en las piernas y se quejaba de fuertes dolores en la columna vertebral.
- iv. Un preso (ACA) declaró que, a principios de abril de 2020, después de haber gritado que tenía intención de suicidarse, todos los funcionarios de prisiones de turno del módulo 13 acudieron a su celda, le esposaron por la espalda y después varios funcionarios le golpearon con porras. Dijo que había recibido golpes de porra por todo el cuerpo, especialmente en las piernas. Posteriormente, fue examinado por un miembro del equipo de asistencia sanitaria, al que relató la causa de sus lesiones. En un informe oficial de este incidente elaborado por el Jefe de Servicios, fechado el 3 de abril de 2020, consta que había sido necesario que los funcionarios de prisiones utilizaran "la fuerza física y las porras de goma para vencer su

resistencia e inmovilizarlo con la ayuda de las esposas".⁴¹ Según el registro de incidentes, estos medios se habían utilizado durante cinco minutos.⁴²

El parte de lesiones cumplimentado por un miembro del equipo sanitario a su ingreso en una celda de aislamiento del módulo 13, veinte minutos después de la supuesta paliza, recoge las siguientes lesiones "*Dos contusiones lineales de unos veinte centímetros en la parte superior de la espalda. Ligeras erosiones en la zona lumbar derecha. Dos contusiones lineales de unos quince centímetros en la zona glútea*". En el⁴³ apartado "dictamen de compatibilidad", el miembro del equipo sanitario escribió: "*Es compatible con los hechos alegados*".⁴⁴

50. Las conclusiones de la visita del CPT en 2020 demuestran que sigue existiendo un patrón de malos tratos físicos infligidos por los funcionarios de prisiones como reacción desproporcionada y punitiva al comportamiento recalcitrante de los presos. El carácter generalizado de las denuncias de malos tratos en las prisiones visitadas es motivo de grave preocupación para el Comité. Dichos malos tratos incluyen varias denuncias de *falaka (bastinado)*, un método de tortura muy conocido. Las denuncias no pueden descartarse como reclamaciones vejatorias de los presos o como resultado de las acciones de uno o dos funcionarios sin escrúpulos, sino que representan una cultura más profunda de abuso de poder e impunidad entre ciertos funcionarios de prisiones que trabajan en estas cárceles.

El CPT se siente alentado por la firme reacción del Ministro del Interior y del Secretario General de la Administración Penitenciaria para abordar el fenómeno de los malos tratos por parte del personal penitenciario, cuando se reunieron con la delegación visitante al final de la visita el 28 de septiembre de 2020.

El CPT recomienda que las autoridades españolas reiteren al personal penitenciario el claro mensaje de que los malos tratos físicos, el uso excesivo de la fuerza y los abusos verbales contra los presos no son aceptables y serán tratados en consecuencia. La dirección de cada prisión debe demostrar una mayor vigilancia en este ámbito, asegurando la presencia regular de los directores de las prisiones en las zonas de detención, su contacto directo con los presos, la investigación de las quejas presentadas por los presos y la mejora de la formación del personal penitenciario. Deben tomarse medidas para garantizar que la documentación sobre el uso de la fuerza se cumplimenta con exactitud. Las denuncias de malos tratos, así como cualquier otra información creíble indicativa de malos tratos, deben remitirse inmediatamente al juzgado de guardia correspondiente y ser objeto de una investigación efectiva.

El CPT recomienda que se tomen las medidas apropiadas para mejorar las habilidades del personal penitenciario en el manejo de situaciones de alto riesgo sin el uso de fuerza innecesaria, en particular, proporcionando formación en las formas de evitar las crisis y calmar la tensión y en el uso de métodos seguros de control y contención. Además, el personal penitenciario debería estar bajo una supervisión más estrecha por parte de la dirección y recibir una formación especial en técnicas de control y contención de reclusos con tendencias suicidas y/o autolesivas (véase también el párrafo 113).

⁴¹ "*siendo necesario el uso de la fuerza física personal, defensas de goma para vencer su resistencia y conseguir inmovilizarlo con la ayuda de los grilletes de sujeción mecánica.*"

⁴² Informe de incidente nº 17129 del 3 de abril de 2020.

⁴³ "*Dos contusiones lineales de unos veinte cms en zona superior central de la espalda. Erosiones leves en zona lumbar derecha. Dos contusiones lineales de unos quince cms de longitud en zona de glúteos*".

⁴⁴ "*es compatible con los hechos alegados*".

51. Tras la visita periódica de 2016 del CPT a España, la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP) adoptó una nueva Instrucción (*Orden de Servicio*) 08/16 que, *entre otras cosas, prevé la creación de un registro específico de denuncias de malos tratos en cada centro penitenciario*. Sin embargo, es lamentable que la Instrucción, tras constatar que las denuncias por malos tratos han ido disminuyendo progresivamente, afirme que "*dichas denuncias son residuales, menos frecuentes y normalmente archivadas como infundadas*". Esta desafortunada redacción resta importancia a la necesidad de garantizar la existencia de un sistema de denuncias eficaz para investigar los presuntos actos de malos tratos y socava las buenas intenciones que promueve la Instrucción. **El CPT confía en que la Instrucción se vuelva a publicar con una redacción introductoria revisada.**

52. Como se ha señalado anteriormente, la delegación del CPT recibió múltiples denuncias de malos tratos a los presos por parte de los funcionarios de prisiones en todas las prisiones que visitó y casi todas ellas implicaban un *modus operandi* similar. Lo que resulta especialmente preocupante para el CPT es la aparente ineficacia de las salvaguardias establecidas para garantizar que, cuando se producen incidentes de malos tratos y uso excesivo de la fuerza, el personal penitenciario responsable rinda cuentas. Se descubrió que los sistemas de videovigilancia presentan deficiencias críticas, que no se puede confiar en la documentación elaborada por el personal penitenciario tras un incidente de uso de la fuerza y que los médicos de la prisión no desempeñan sus funciones de forma independiente cuando se trata de registrar y notificar las lesiones. Este último punto fue planteado por el propio personal sanitario (véanse los párrafos 86 y 87).

Esta situación se ve agravada por el hecho de que las denuncias presentadas ante el *juez de vigilancia* o ante el *Juzgado de Guardia* sólo se investigan a partir del examen de la documentación disponible.⁴⁵ No se entrevista a la víctima ni a los posibles testigos.

53. En el Centro Penitenciario Castellón II, un preso (IGP) dijo que había presentado una queja en un sobre cerrado y la había enviado al *juez de instrucción* tras un incidente en su celda el 4 de agosto de 2020, cuando supuestamente había recibido puñetazos, patadas y bofetadas de varios funcionarios de prisiones. Tres días más tarde, afirmó que un funcionario de prisiones de su módulo le había hecho señas en la cara y le había exigido que retirara la denuncia a menos que quisiera ser golpeado de nuevo. Este incidente sirve para subrayar la inutilidad de presentar una denuncia "confidencial" y, en el peor de los casos, apunta a una supuesta connivencia del sistema penitenciario para encubrir cualquier maltrato por parte del personal.

En el Centro Penitenciario Sevilla II, la delegación pudo hacer un seguimiento de nueve de las 23 denuncias presentadas desde enero de 2018 por malos tratos. Comprobó que la dirección del centro penitenciario no realizó ninguna investigación adecuada para determinar lo que realmente había sucedido. Los documentos remitidos al juez de Vigilancia contenían todos una carátula casi idéntica en la que se afirmaba que las denuncias no podían sostenerse con pruebas que demostraran su veracidad. Como el procedimiento es todo por escrito, el juez de vigilancia se limita a dar el visto bueno a las conclusiones proporcionadas por la prisión.

⁴⁵ En teoría, el juez supervisor ya ha recibido y controlado toda la documentación relativa al uso de medios de contención, aunque el CPT tiene serias dudas sobre la eficacia de dicha supervisión.

El CPT recomienda a las autoridades españolas que garanticen que las investigaciones sobre presuntos malos tratos de los funcionarios de prisiones a los presos se lleven a cabo de forma efectiva. Para ello, los jueces de vigilancia o los investigadores deberían llevar a cabo su propia investigación de los hechos, incluyendo la entrevista con la víctima, el testigo y los presuntos autores.

54. El CPT desea subrayar que los sistemas de CCTV que funcionan correctamente ofrecen una valiosa salvaguarda adicional contra los malos tratos, además de proporcionar protección a los funcionarios de prisiones contra cualquier acusación infundada de malos tratos. Los sistemas instalados deben proporcionar una cobertura de vídeo completa de todas las zonas fuera de las celdas, incluidos los pasillos, los patios de ejercicios y las entradas a cualquier otra sala en la que los presos puedan estar por cualquier motivo. El objetivo debe ser permitir que se graben en vídeo todas las interacciones entre el personal penitenciario y los presos fuera de sus celdas. Las imágenes grabadas por esas cámaras deben conservarse de forma segura durante un período de al menos un mes (y preferiblemente más) y sólo podrán acceder a ellas los altos cargos y los miembros del personal a los que hayan autorizado específicamente a verlas.

Lamentablemente, este no fue el caso en todos los establecimientos visitados. Ya se ha hecho referencia (cf. párrafo 49) al cable cortado de la cámara orientada hacia la entrada de una sala en la que supuestamente se produjeron malos tratos en el Módulo 13 de la prisión de Sevilla II. Asimismo, la delegación comprobó que varias de las otras 70 cámaras instaladas en dicho Módulo no estaban operativas desde al menos junio de 2020, al parecer por un defecto del servidor. Ya sea por accidente o por diseño, las cámaras que no estaban operativas incluían todas las que cubrían la última parte de la zona del pasillo principal que conduce a la misma sala. No obstante, el CPT se siente alentado por el comunicado de 19 de enero de 2021 en el que la SGIP anuncia que tiene la intención de ampliar la cobertura de las cámaras de videovigilancia en todos los centros penitenciarios y garantizar que se utilicen adecuadamente y no sean susceptibles de ser manipuladas.

El CPT recomienda que los sistemas de CCTV en todas las prisiones de España sean plenamente operativos como salvaguarda contra los malos tratos, teniendo en cuenta los requisitos establecidos en este apartado.

55. El CPT también ha destacado sistemáticamente que nunca se insistirá lo suficiente en la contribución que los servicios sanitarios de las prisiones pueden hacer a la prevención de los malos tratos a los presos, mediante el registro sistemático de las lesiones y, cuando proceda, la comunicación de información a las autoridades judiciales pertinentes.

El sistema de registro y comunicación de las lesiones de los internos observadas en el momento de su ingreso o durante su detención está regulado, *entre otras*, por la Instrucción 14/1999 de la SGIP, que establece que *los partes de lesiones se redactarán* en cuatro ejemplares que se remitirán al director, al juez (*Juzgado de Guardia*), al interno en cuestión y se incorporarán a su expediente médico personal. Además, las disposiciones del artículo 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal exigen que el médico comunique a la autoridad judicial competente cualquier información sobre un delito que llegue a su conocimiento en el ejercicio de su profesión. Sin embargo, en la práctica, el CPT ha constatado durante sus visitas anteriores y, una vez más, durante la visita de 2020, que no siempre se registran las lesiones sufridas por los presos antes de su ingreso en prisión o durante su encarcelamiento. Además, cuando se registran las lesiones, normalmente se describen de forma superficial y no se hace referencia a las circunstancias en las

que las lesiones podrían haberse producido.

56. Esto es decepcionante, ya que las autoridades españolas habían tenido en cuenta las recomendaciones formuladas anteriormente por el CPT y el⁴⁶Defensor del Pueblo español/NPM para revisar el formulario de lesiones. El parte de lesiones forma ahora parte del expediente médico electrónico y sólo puede imprimirse si se completan todas las partes requeridas, a saber:

- la descripción del prisionero de cómo se produjo las lesiones;
- resultados médicos objetivos;
- escala de lesiones (es decir, leve, moderada, grave, muy grave);
- compatibilidad entre la declaración realizada y los resultados médicos objetivos;
- inmediato y el tratamiento propuesto.

Siempre que se documentaban las lesiones de los presos, se enviaba una copia al *jefe de servicio* y, posteriormente, al juez de vigilancia. Sin embargo, dado el escaso registro de las lesiones y la falta de referencia sobre cómo se produjeron, a menudo servían de poco. Con demasiada frecuencia, el informe no contenía la declaración del preso, sino que relataba lo que decían los funcionarios de prisiones, como "los guardias dijeron que se había caído en la ducha" o "los guardias tuvieron que dominarlo porque se mostró agresivo con ellos" o "se lesionó debido a la contención del regimiento". Además, el interrogatorio de los presos casi siempre se realizaba en presencia de funcionarios de prisiones (véase también el párrafo 96).

57. Por ejemplo, en el caso del párrafo 48.i anterior, el médico examinó al preso a las 18.50 horas del 9 de septiembre en presencia de funcionarios de prisiones y el formulario de lesiones contenía las siguientes anotaciones:

Declaración: ha participado en el incidente del régimen.
Hallazgos objetivos: *La flexión y extensión de sus rodillas está conservada; el dolor en la región de la rodilla derecha; ligera hiperemia en ambas muñecas sin excoriación.*
*Eutimico,*⁴⁷ lesiones leves, compatibles, analgésicos prescritos.

Veinticuatro horas más tarde, el preso solicitó ver de nuevo a un médico, ya que tenía dolores, y esta vez las lesiones fueron descritas como:

Hallazgos objetivos: *Hematomas en el dorso del muslo izquierdo, en el lateral del pie izquierdo, plantas de los pies izquierdo y derecho y de ambas nalgas; erosiones en ambas muñecas.*
Las heridas fueron descritas como *leves*.

La falta de una declaración del preso en la que describa cómo sufrió las lesiones y el escaso registro de las mismas significa que cualquier investigación sobre este caso de presuntos malos tratos por parte de los funcionarios de prisiones se vería gravemente obstaculizada. Lamentablemente, este fue sólo un ejemplo de los muchos encontrados en todas las prisiones visitadas. Si bien se reconoce la presión de tiempo que sufre el personal sanitario, sería beneficioso mejorar la formación de médicos y enfermeras sobre cómo registrar y describir con precisión las lesiones, así como equipar los servicios sanitarios con una cámara digital para fotografiar las marcas y lesiones visibles en los presos.

⁴⁶. Ver Estudio 2014 de informes de lesiones de personas privadas de libertad por el *Defensor del Pueblo*.

⁴⁷. Eutimia significa aquí que el preso mostraba un estado mental o de ánimo normal y tranquilo.

El CPT reitera su recomendación de que las autoridades españolas se aseguren de que todo el personal sanitario de los centros penitenciarios sea consciente de su obligación de registrar y comunicar las denuncias de malos tratos que reciban y se les proporcione la formación necesaria para ello. Además, el CPT reitera que sería deseable que se tomaran fotografías de las lesiones y que éstas se incluyeran en el expediente médico del preso. Además, a efectos de supervisión, debería ser posible recuperar datos desglosados sobre las lesiones sufridas por los presos en un establecimiento concreto.

58. Asimismo, los presos recién ingresados que presentaban lesiones no eran examinados adecuadamente. Esto se debía a que los presos que habían sufrido lesiones al ser detenidos por la policía solían ser examinados en un hospital antes de su ingreso en prisión. Estos informes de lesiones se escaneaban, se guardaban en los archivos médicos y se enviaba una copia al juez de vigilancia. Cabe recordar que el objetivo de la policía al trasladar a las personas detenidas al hospital era que se trataran sus lesiones y que dicho tratamiento tenía lugar en el *Servicio de urgencias*, donde la prioridad era tratar a la persona y pasar al siguiente paciente. No se puede esperar que estos servicios elaboren un informe conforme al Protocolo de Estambul, tal y como se ha indicado anteriormente. Además, los agentes de policía siempre están presentes durante estos exámenes.

Por estas razones, el CPT recomienda que todas las personas que ingresen en prisión con lesiones sean debidamente documentadas y registradas. Los resultados de cada examen, incluyendo la declaración del preso y las observaciones del médico, deberían ponerse a disposición del preso y, si lo solicita, de su abogado.

Además, deben revisarse los procedimientos existentes para garantizar que siempre que un médico registre lesiones que coincidan con las alegaciones de malos tratos presentadas por un preso (o que, incluso en ausencia de alegaciones, sean indicativas de malos tratos), el informe se ponga inmediata y sistemáticamente en conocimiento del fiscal competente, independientemente de los deseos de la persona afectada. El personal sanitario debe advertir a las personas detenidas de la existencia de la obligación de informar y de que el envío del informe al tribunal competente no sustituye a la presentación de una denuncia en la forma adecuada. Los profesionales de la salud (y los reclusos afectados) no deben estar expuestos a ninguna forma de presión indebida o represalias por parte del personal directivo cuando cumplan con ese deber.

59. Corresponde a las autoridades españolas garantizar que los funcionarios de prisiones que ordenen, autoricen, consientan o perpetren malos tratos sean llevados ante la justicia por sus actos u omisiones, ya que esto transmite un mensaje inequívoco de que no se tolerarán estas conductas. Para ello es necesario garantizar que las investigaciones sobre estos presuntos actos sean efectivas.

Para que se lleven a cabo investigaciones efectivas sobre presuntos casos de malos tratos a los presos por parte del personal, es esencial que la documentación se registre de forma completa y precisa y que el personal sanitario registre las lesiones como se ha indicado anteriormente. Además, las autoridades judiciales y la policía deben investigar por sí mismas los casos de presuntos malos tratos y no basarse en la documentación de las prisiones que, según las conclusiones de la visita de 2020, no puede considerarse siempre fiable.

Las autoridades españolas informaron al CPT de que entre el 1 de enero de 2017 y el 30 de junio de 2020 se habían producido 501 denuncias de malos tratos y abusos a presos por parte del personal penitenciario que habían dado lugar a la apertura de 62 expedientes por parte de las autoridades judiciales y a siete condenas. En el mismo periodo de tres años y medio solo se habían abierto 32 expedientes disciplinarios contra el personal por casos de presuntos malos tratos a los presos, con 21 expedientes aún en curso, cinco casos cerrados y seis casos que dieron lugar a una sanción disciplinaria.

El CPT desearía que se le informara de los procedimientos exactos de investigación de cualquier caso de presuntos malos tratos a un preso por parte de un funcionario de prisiones una vez que se pone en conocimiento del juez de vigilancia o del juzgado de guardia, en particular en lo que respecta a qué órgano es responsable de llevar a cabo los actos de investigación. Además, desea recibir información sobre las siete condenas judiciales (incluidas las penas impuestas) y los seis casos disciplinarios (hechos de los casos y sanciones impuestas).

60. En cuanto a la cuestión de la violencia entre reclusos, la delegación constató que dicha violencia era una característica de ciertos módulos, pero que el personal solía reaccionar ante cualquier incidente y que pocos casos acababan con lesiones graves. Dicho esto, la delegación recibió varias denuncias de abusos por parte de presos en posición de autoridad sobre otros presos - los ordenanzas-, especialmente los que trabajaban en la enfermería y en los módulos para presos con trastornos mentales o problemas de aprendizaje.

Por ejemplo, en el PAIEM (Módulo 14) del Centro Penitenciario Castellón II, varios pacientes manifestaron a la delegación del CPT en entrevistas separadas que los celadores "nos pegan y nos gritan". Además, los pacientes añadieron que su acceso a los médicos estaba controlado por los celadores y que éstos se encargaban de la distribución de la medicación psicotrópica, lo cual era una fuente de gran estrés para los pacientes dada la forma militarista en que se hacía (véase también el párrafo 100 más abajo).

Los reclusos y los pacientes internados en las enfermerías y en los módulos que acogen a personas con trastornos mentales o dificultades de aprendizaje son especialmente vulnerables, y requieren un apoyo asistencial adecuado por parte de personas que no sólo estén bien formadas, sino que también posean las cualidades personales necesarias. Si bien es positivo formar y confiar a los presos responsabilidades de cuidadores, hay que prestar atención a que no abusen de su posición. En ningún caso se debe permitir que "castiguen" a otros presos y siempre deben ser objeto de una estrecha supervisión por parte de profesionales capacitados.

El CPT recomienda que la dirección de los establecimientos visitados, así como la de todas las demás prisiones de España, se aseguren de que los ordenanzas no sólo sean cuidadosamente seleccionados y debidamente formados, sino que también sean supervisados adecuadamente por el personal para garantizar que no abusen de sus puestos. Además, los camilleros no deberían realizar tareas de enfermería, como la distribución de medicamentos o el control de las solicitudes de consulta a un médico. El CPT desea que se le informe de las medidas adoptadas para abordar estas cuestiones.

61. En el transcurso de la visita, la delegación del CPT recibió muchos relatos concordantes de los presos sobre los cacheos al desnudo. Los presos declararon que cuando se les registraba al desnudo tras un supuesto incidente o sospecha de los funcionarios de prisiones, tenían que quitarse

toda la ropa a la vez y, estando desnudos, ponerse en cuclillas y toser. El CPT considera que normalmente no se debería exigir a los presos que son registrados que se quiten toda la ropa al mismo tiempo, por ejemplo, se debería permitir a una persona quitarse la ropa por encima de la cintura y volver a vestirse antes de quitarse más ropa. Además, el Comité recuerda que el recurso a los cacheos al desnudo debe basarse en una evaluación individual de los riesgos y estar sujeto a criterios y supervisión rigurosos, y debe llevarse a cabo de manera respetuosa con la dignidad humana, como se establece en el artículo 68 del Reglamento Penitenciario de 1996. **El CPT recomienda que cada vez que se considere necesario un cacheo al desnudo, éste se lleve a cabo de manera que se limite la vergüenza y se preserve la dignidad de la persona, tal y como se ha descrito anteriormente.**

b. condiciones de detención en régimen ordinario

62. El CPT señala que los artículos 100 a 109 del Reglamento Penitenciario (RD 190/1996) recogen las tres categorías de régimen en las que puede ingresar un preso: régimen cerrado (1º grado), régimen ordinario (2º grado) y régimen abierto (3º grado). En la práctica, la inmensa mayoría de los presos (el 59%, es decir, 27.845⁴⁸ a diciembre de 2020) que ingresan en el sistema penitenciario serán catalogados como internos de 2º grado tras haber pasado unos días en la unidad de ingreso de un centro penitenciario.

Un número limitado de reclusos condenados (aproximadamente el 1,5% o 692 en diciembre de 2020) son clasificados como reclusos de primer grado al ingresar en prisión y se les coloca en un departamento de régimen cerrado o especial (véase la sección 2.c más adelante). La progresión al tercer grado (*régimen abierto*) suele dar lugar a que el interno sea ubicado en una unidad o centro de régimen abierto (14% o 6.583 en diciembre de 2020).⁴⁹

El proceso de clasificación de un interno se basa en una propuesta de la *Junta de Tratamiento del Centro Penitenciario*, avalada por la SGIP. La clasificación se revisa cada seis meses y las decisiones pertinentes pueden ser recurridas ante el juez de vigilancia.

i. condiciones materiales

63. Los módulos de régimen ordinario de los Centros Penitenciarios de Castellón II, Madrid VII (Estremera) y Sevilla II compartían el mismo diseño arquitectónico, conteniendo cada uno 72 celdas, y estaban en general adecuadamente equipados y en un aceptable estado de conservación y buenas condiciones higiénicas (en particular los *módulos de respeto*). Todos los módulos disponían de un patio para actividades al aire libre, una sala médica, un aula, un comedor, una amplia zona de asociación, aseos comunes y talleres. Era positivo que los presos comieran juntos en un comedor común.

No obstante, en algunos módulos de estos tres establecimientos penitenciarios, las zonas comunes mostraban signos de desgaste y necesitaban ciertamente una reforma. Los pequeños gimnasios ubicados en cada módulo eran especialmente improvisados y deteriorados, sobre todo en el Centro Penitenciario Madrid VII (Estremera). Esta situación se veía agravada por el hecho de que

⁴⁸. Además, la gran mayoría de los 7.234 presos preventivos también fueron tratados en 2º grado.

⁴⁹. También había 3.815 presos "sin clasificar" que, en la práctica, eran tratados como de segundo o tercer grado - véase el artículo 100.2 del Reglamento Penitenciario de 1996.

los módulos ordinarios que acogían a los presos denominados "conflictivos" solían estar más concurridos que los módulos de "respeto" y, debido a las restricciones del COVID-19 vigentes desde febrero de 2020, los presos habían sido confinados en sus módulos, lo que suponía una mayor presión sobre las limitadas instalaciones.

El CPT observó de nuevo que las zonas comunes de los módulos de todas las prisiones visitadas carecían de armarios individuales con cerradura en los que los reclusos pudieran guardar sus pertenencias (es decir, libros, documentos, etc.) durante el tiempo obligatorio de más de 10 horas fuera de la celda cuando ésta está cerrada.

La celda estándar en todos los establecimientos penitenciarios visitados medía unos 10 m² y estaba equipada con una litera, una estantería, una mesa y una silla, un sistema de intercomunicación y un anexo sanitario que incluía un retrete, una ducha y un lavabo que estaba separado del resto de la celda. El acceso a la luz natural y la ventilación eran satisfactorios. En general, las celdas de todos los establecimientos penitenciarios visitados ofrecían buenas condiciones, especialmente cuando se utilizaban como alojamiento individual. El CPT reconoce que los costes de instalación de una partición completa del anexo sanitario de la celda serían muy caros y, por lo tanto, considera que debería evitarse colocar a dos personas en una celda, excepto cuando se considere que es lo mejor para las personas afectadas.⁵⁰

El CPT reitera su recomendación de que las celdas de internamiento en régimen ordinario de los centros penitenciarios "estándar" como Castellón II, Madrid VII (Estremera) y Sevilla II sólo sean de uso individual mientras el anexo sanitario no esté totalmente compartimentado. Además, recomienda que se tomen medidas para mantener y mejorar las zonas comunes de los módulos, y que se proporcione a los presos un espacio de cierre personal en las zonas comunes para guardar sus pertenencias durante el día.

⁵⁰. Nótese que el artículo 19.1 de la *Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria*, establece: "Todos los presos serán alojados en celdas individuales".

ii. régimen

64. Los reclusos clasificados en 2º grado y que siguen un régimen ordinario pasan la mayor parte del día (es decir, de las 7h45 a las 14h30 y de las 16h30 a las 20h45) fuera de sus celdas, ya sea en las zonas comunes de sus respectivos módulos o participando en una actividad organizada. Durante el día, las celdas están cerradas con llave y los presos no pueden acceder a ellas, salvo durante el período de *siesta* posterior al almuerzo, en el que están confinados en sus celdas. Ofrecer un periodo del día tan amplio fuera de la celda y en asociación con otros presos puede considerarse una buena práctica. El reto consiste en ofrecer a los reclusos una serie de actividades útiles y programas pertinentes durante este período de desbloqueo que puedan ayudarles a prepararse para su regreso a la comunidad.

65. Como se ha mencionado anteriormente, cada prisión "estándar" posee un centro sociocultural que contiene un teatro, una biblioteca, varias aulas, un centro deportivo (compuesto por un gran gimnasio y un pabellón deportivo multifuncional). Cada una de las prisiones visitadas posee también una piscina y un campo de fútbol.

En teoría, el centro sociocultural es un hervidero de actividad al que acuden presos de todos los módulos, pero especialmente los *de los módulos de respetos*. Además, en varias actividades deportivas se mezclan presos de diferentes módulos.

Sin embargo, en el momento de la visita, las restricciones impuestas para limitar la propagación del COVID-19 significaban que el número de actividades ofrecidas a los presos se había reducido drásticamente. Las actividades se realizaban casi exclusivamente dentro de cada módulo y se hacía todo lo posible para evitar que los presos de diferentes módulos se mezclaran. Por ejemplo, en el Centro Penitenciario Castellón II, el número de actividades dentro del polideportivo se había reducido significativamente y sólo el *módulo de respeto* 9 de deportes seguía teniendo acceso a la sala de fitness y pesas y a las actividades deportivas diarias. Los demás módulos ofrecían una sesión a la semana para unos 20 presos en el campo de fútbol exterior o en el pabellón polideportivo. En el Centro Penitenciario Madrid VII, sólo 42 reclusos estaban inscritos en tres talleres distintos a tiempo completo (panadería y albañilería) y, aparte de los empleados en la cocina y los que trabajan como ordenanzas, menos del 5% de la población penitenciaria estaba inscrita en diversos programas que se desarrollaban durante unas horas una vez a la semana.

66. En consecuencia, los presos pasaban su tiempo dentro de su propio módulo, en la zona de asociación de la planta baja de cada módulo, que estaba equipada con mesas y sillas, una televisión y una cafetería, o en el patio de ejercicios exterior contiguo, al que tenían libre acceso. El bloque de actividades de cada módulo, situado al otro lado del patio de ejercicios, incluía un aula, un taller de formación profesional (peluquería, carpintería, etc.), una biblioteca y un gimnasio. El pequeño gimnasio de pesas de los módulos visitados estaba en su mayoría deteriorado y contenía equipos improvisados o rotos.

El CPT recomienda que se redoblen los esfuerzos para mejorar la gama de actividades disponibles en las prisiones dentro de sus módulos y para mejorar los pequeños gimnasios.

Además, el CPT desea que se le informe del número real de presos que realizaron actividades laborales, educativas, profesionales, socioculturales y deportivas durante el mes de junio de 2021 en los Centros Penitenciarios de Castellón II, Madrid V, Madrid VII y Sevilla

II.

67. Cada preso condenado debería tener un plan de tratamiento individual o PIT (*Programa Individualizado de Tratamiento*) que es elaborado por el equipo de tratamiento (educador, trabajador social y psicólogo) y revisado cada seis meses al mismo tiempo que las revisiones de clasificación. Sin embargo, en el transcurso de la visita, la mayoría de los presos no pudieron informar a la delegación del CPT sobre su propio PIT y los que conocían el PIT declararon que no tenían ninguna aportación al mismo, ni siquiera cuando era evaluado y revisado.

El examen de varios PIT reveló que se centraban más en una evaluación del comportamiento en el pasado y no detallaban las actividades o acciones que el preso debía emprender en el futuro. Además, el PIT no se elaboraba en consulta con el recluso para garantizar que estableciera un itinerario al que éste se comprometiera, ni las revisiones semestrales se realizaban con la aportación del recluso. El resultado fue que los reclusos no disponían de un verdadero plan de condena que les proporcionara una estructura sobre la que pudieran trabajar y desarrollarse.

Para garantizar que el PIT atienda a las necesidades del preso, el CPT recomienda que la elaboración y revisión del PIT se lleve a cabo con la aportación del preso y que el PIT esté más orientado a actividades específicas que ayuden al preso a prepararse para su reinserción en la comunidad.

iii. *módulos de respeto*

68. Los *módulos de respeto* se introdujeron en las prisiones españolas en 2006. Son unidades destinadas a presos que se incorporan a la vida penitenciaria, que no tienen ninguna sanción disciplinaria en los seis meses anteriores y que están dispuestos a cumplir una serie de normas. A cambio de la firma de un contrato (por el que el preso se compromete a mantener su higiene personal, la de la celda y las buenas relaciones interpersonales con el personal y los internos, así como a participar en las actividades diarias y semanales), se ofrece a los presos un grado de autogestión con menos supervisión del personal y la posibilidad de acceder más fácilmente a permisos y beneficios.

Algunos de los *módulos de respeto* en las prisiones visitadas tenían un enfoque específico: por ejemplo, en la prisión Castellón II, el módulo 4 era para la educación y el módulo 9 era para el deporte.⁵¹ El módulo 4 albergaba a 49 presos en el momento de la visita. El régimen consistía principalmente en clases de educación de una hora y media cada día de la semana por la mañana, que iban desde la escuela primaria hasta la universidad abierta, y por la tarde se ofrecían a los presos clases de yoga, meditación, idiomas, etc. En función de las habilidades disponibles entre los presos del módulo. Además, los presos se organizaron en seis equipos de limpieza que trabajaban cada día. El funcionamiento diario del módulo estaba a cargo de un preso que se encargaba de ayudar a las personas nuevas a instalarse en el módulo y a entender las normas, así como de hablar con los que no las cumplían. También dirigía el comité de resolución de conflictos para mediar en los problemas que surgían con los presos. Todas las semanas se celebraba una asamblea de todos los presos a la que asistían el trabajador social y el educador para debatir el funcionamiento del módulo y los problemas que surgían. Aunque los presos no tenían un programa individualizado, podían apuntarse a cursos generales como alfarería, tapicería y panadería, además de sus clases y trabajos diarios. También podían ir al centro deportivo dos veces por semana, aunque esto se había suspendido desde el estallido de la pandemia de COVID-19. El educador, el trabajador social y el psicólogo responsables del módulo evaluaban el comportamiento de los presos a través de un

⁵¹. Los otros tres módulos de respeto eran: El módulo 10 para los trabajadores y los módulos 5 y 7, el primero para los presos que requieren menos supervisión.

sistema de puntos, cuya recompensa consistía en visitas adicionales o permisos.

La delegación del CPT se llevó una impresión generalmente positiva de los *módulos de respeto que visitó*: las celdas y los espacios comunes estaban en buen estado de conservación e higiene, las instalaciones estaban bien decoradas y personalizadas, y a los presos se les ofrecía una serie de actividades útiles.

69. No obstante, la delegación recibió varias quejas sobre el módulo 7 de la prisión de Madrid VII (Estremera), donde el ambiente era menos relajado que en los otros *módulos de respeto* visitados. Los reclusos se quejaron del comportamiento excesivamente controlador y bravucón de los funcionarios encargados de las funciones de vigilancia, que incluso abofeteaban a los reclusos si no realizaban las tareas de limpieza a su entera satisfacción. También se escucharon quejas de que algunos funcionarios actuaban de forma discriminatoria con los presos musulmanes, cuestionando por qué tenían el Corán y querían observar el Ramadán. Curiosamente, tanto en este módulo como en otros de las diferentes prisiones visitadas, los presos dejaron claro que no tenía sentido quejarse oficialmente, ya que no supondría ningún cambio y probablemente les llevaría a tener que abandonar el *módulo de respeto*.

El CPT recomienda que las autoridades españolas se aseguren de que el personal mantenga una clara supervisión de los presos en los *módulos de respeto* y no permita que los presos "disciplinen" a otros presos. Además, la dirección del Centro Penitenciario Madrid VII (Estremera) y de otras prisiones debería ser más proactiva a la hora de visitar los *módulos de respeto* para asegurar a los presos que presentar una queja no tendrá un efecto adverso en su estancia en el módulo.

También debe quedar claro para todo el personal que las creencias religiosas de los reclusos deben ser respetadas y que los reclusos no deben ser tratados de manera degradante debido a su religión, especialmente en lo que respecta a su derecho a la oración, el ayuno y la atención pastoral.

c. condiciones de detención en módulos de régimen cerrado y departamentos especiales

70. En el transcurso de la visita de 2020, el CPT examinó de nuevo la situación de los presos condenados y en prisión preventiva⁵² que son clasificados en 1^{er} grado en el momento de su ingreso en prisión o durante su encarcelamiento en función de su perfil delictivo o de su inadaptación a un régimen penitenciario ordinario. Los presos de primer grado se encuentran en *régimen cerrado* en módulos de régimen cerrado o departamentos especiales de prisiones ordinarias. En el momento de⁵³ la visita, el número de presos clasificados en primer grado seguía siendo de unos 800, es decir,

⁵². Los presos preventivos pueden ser sometidos a un régimen cerrado en función de la naturaleza específica del delito que se les imputa, especialmente por pertenencia a una organización armada según el artículo 10 de la Ley Orgánica.

⁵³ Los módulos de régimen cerrado suelen acoger a los internos clasificados en el apartado 2 del artículo 91 del Reglamento Penitenciario de 1996 por su inadaptación a un régimen ordinario. Los departamentos especiales suelen alojar a internos considerados como extremadamente peligrosos y clasificados según el artículo 91, apartado 3, del Reglamento Penitenciario. Además, los módulos de régimen cerrado también pueden acoger a reclusos sometidos a una sanción disciplinaria (artículos 243 y 254 del Reglamento Penitenciario), a un aislamiento temporal (artículo 72.1), a una medida de seguridad y buen orden debido a la actitud personal del recluso (artículo 75.1) o a una medida de protección frente a otros reclusos o frente a autolesiones (artículo 75.2).

aproximadamente el 2% de la población penitenciaria.

La decisión de clasificar a un interno o preso preventivo en ^{1er grado} la toma la SGIP a propuesta de la *junta de tratamiento* y está sujeta a una revisión trimestral. La decisión de clasificación puede ser recurrida ante un juez de vigilancia. Además, no hay límite a la duración de la clasificación en ^{1er grado} aunque la Instrucción 9/2007 de la SGIP destaca las características de excepcionalidad, temporalidad y subsidiariedad del régimen cerrado.

A la vista de su perfil, los internos de ^{1er grado} son subcategorizados además según el artículo 91, apartado 2, (es decir, en función de su inadaptación al régimen ordinario) o el apartado 3 (es decir, por haber causado graves alteraciones del régimen como agresiones físicas al personal o a otros presos) del Reglamento Penitenciario de 1996 (RD190/1996).⁵⁴

71. La delegación del CPT tuvo la oportunidad de evaluar las condiciones de reclusión de los presos en primer grado alojados en los módulos de régimen cerrado y departamentos especiales de los Centros Penitenciarios de Castellón II (Módulo 17), Madrid V (Módulo 15), Madrid VII (Módulo 19) y Sevilla II (Módulo 13).⁵⁵

Los módulos de régimen cerrado y los departamentos especiales de estos centros penitenciarios tenían el mismo diseño y disposición, consistente en cinco pabellones de 14 celdas (cada uno con una galería corta y otra larga) y dos celdas destinadas a la fijación mecánica de los internos.

Cada celda medía unos 10m², estaba convenientemente equipada con una cama metálica con colchón, una mesa de hormigón empotrada y una estantería, una silla y un anexo sanitario semipartido (que incluía un lavabo metálico, un inodoro y una ducha); el acceso a la luz natural era adecuado y la ventilación satisfactoria. Cada galería disponía también de una sala de asociación amueblada con mesas y sillas, y que contenía revistas, libros y juegos de mesa. Además, cada módulo contaba con un pequeño gimnasio (equipado con aparatos de ejercicio como barras de abdominales y bicicletas estáticas), un aula y varias salas de consulta. Los cinco patios de ejercicios de hormigón de diferentes tamaños, cada uno de ellos unido a la galería, estaban equipados con aseos y rodeados por un muro de hormigón de cinco metros de altura y, en la prisión de Sevilla II, todavía cubiertos por una reja metálica. Además, no todos los patios estaban equipados con medios de descanso y pocos tenían estímulos visuales en términos de color, decoración y vegetación. También había una ausencia total de vistas horizontales más allá de los 10 metros de longitud de los patios.

El CPT recomienda que todos los patios de ejercicios de hormigón de los módulos de régimen cerrado y de los departamentos especiales estén equipados con un medio de descanso y provistos de algunos estímulos visuales. Además, deberían eliminarse las rejillas metálicas que cubren el patio.

⁵⁴ Los apartados 2 y 3 del artículo 91 del Reglamento Penitenciario dicen lo siguiente: "2. Los internos clasificados en primer grado que muestren una manifiesta incompatibilidad con el régimen ordinario serán alojados en centros o módulos de régimen cerrado; 3. Los internos clasificados en primer grado que hayan sido protagonistas o inductores de graves perturbaciones del régimen penitenciario que hayan puesto en peligro la vida o la integridad del personal penitenciario, de las autoridades, de otras personas o de los internos, tanto dentro como fuera del establecimiento penitenciario y que muestren una peligrosidad extrema serán destinados a un departamento especial."

⁵⁵ Estos módulos acogían, respectivamente, a 32, 31, 31 y 51 presos.

72. El régimen que se ofrece a los reclusos en régimen cerrado (es decir, los que se acogen al artículo 91.2) y en departamentos especiales (es decir, los que se acogen al artículo 91.3) está regulado por los artículos 93 y 94 del Reglamento Penitenciario de 1996, especialmente en lo que respecta al tiempo de ejercicio al aire libre, asociación y actividades programadas. En virtud del artículo 93, los presos del departamento especial disponen de un mínimo de tres horas de ejercicio al aire libre en grupos de no más de dos presos, mientras que en virtud del artículo 94, los presos del régimen cerrado disponen de un mínimo de cuatro horas diarias de asociación en grupos de hasta cinco presos. Ambos grupos pueden disponer de tres horas adicionales para actividades programadas.

En particular, la Junta de Tratamiento debe elaborar un programa detallado de diversas actividades culturales, deportivas, recreativas, formativas, laborales y ocupacionales con el objetivo de ayudar a los presos a reintegrarse en el régimen penitenciario ordinario.⁵⁶

73. Las conclusiones generales de la delegación del CPT fueron que a los reclusos colocados en un módulo de régimen cerrado no se les ofrecía una gama adecuada de actividades ni se les apoyaba suficientemente para ayudarles a integrarse en un módulo de régimen ordinario.

Por ejemplo, en el Módulo 13 de la Prisión de Sevilla II, la delegación del CPT comprobó que a los presos se les ofrecía acceso a un gimnasio una vez a la semana durante una hora y que los miembros del equipo técnico estaban presentes en el módulo cada día laborable.⁵⁷ Sin embargo, los cursos que se ofrecían eran básicos y la comunicación se veía dificultada por el hecho de que el personal (incluidos el trabajador social y el psicólogo) interactuaba con los presos a través de unas barras metálicas que separaban el aula de la sala en la que se encontraba el funcionario. Además, sólo un preso estaba inscrito en el "Programa de Intervención" individualizado, cuyo objetivo era ayudar a los presos a reintegrarse en un módulo del régimen ordinario. Las cifras del segundo semestre de 2020 mostraron que sólo 9 de los 39 presos del módulo de régimen cerrado participaron en un programa de actividades (educativas, deportivas, terapéuticas, ocupacionales, culturales). El informe anual de 2019 de este módulo recogía que 14 de los 84 presos (52 de los cuales estaban acogidos al artículo 91.2) habían participado en un programa de actividades. Estas cifras tan bajas no pueden ser desestimadas como una falta de interés por parte de los presos en el módulo, sino que están relacionadas con los recursos y la organización del régimen.

En los Centros Penitenciarios de Castellón II y Madrid VII, se constató que apenas se ofrecían actividades a los presos reclusos en el módulo cerrado y en los departamentos especiales. De hecho, en el Módulo 17 de la Prisión de Castellón II, sólo siete de los 32 presos recibieron alguna actividad (y sólo uno asistió al gimnasio y a un taller de pintura) y todos ellos declararon que sólo veían al psicólogo cuando había que hacer una revisión y que rara vez veían a un trabajador social o a un educador. En el Centro Penitenciario Madrid VII, fuera de los periodos diarios de ejercicio al aire libre, ninguno de los presos con los que se entrevistó realizaba actividades significativas y, aunque se programaron algunas actividades deportivas, no se llevaron a cabo por no existir equipamiento.

74. El CPT se reunió con varios presos que habían pasado del módulo de régimen cerrado (1^{er} grado) directamente a un *módulo de respeto*. Sin embargo, incluso estos presos se mostraron

⁵⁶. Véase el artículo 93, apartado 6, y el artículo 94, apartado 3, del Reglamento Penitenciario de 1996.

⁵⁷. Es decir, un profesor de lunes a jueves, un educador los lunes, un monitor deportivo los miércoles, un trabajador social los jueves y un psicólogo los viernes.

críticos con las oportunidades ofrecidas en los módulos de régimen cerrado y con el comportamiento provocador de algunos funcionarios de prisiones. El CPT considera que hay que hacer más para promover la reinserción progresiva de los presos de 1er grado en el régimen ordinario, potenciando los equipos multidisciplinares⁵⁸ y asegurando que los planes de tratamiento individuales se refieran específicamente al preso en cuestión. Una vez más, la delegación del CPT encontró que la violencia era frecuente en los módulos de régimen cerrado y de departamentos especiales examinados en el curso de la visita de 2020 y parecía que no se estaban invirtiendo suficientes esfuerzos para desarrollar un buen ambiente interno con relaciones positivas entre el personal y los presos. Esto es en interés no sólo del trato humano de los ocupantes del módulo, sino también del mantenimiento de un control y seguridad efectivos y de la seguridad del personal. El CPT reconoce que muchos de los presos alojados en los módulos de régimen cerrado padecen una enfermedad mental y/o un trastorno de la personalidad que complica su gestión por parte del personal, especialmente dado el régimen muy restrictivo y la disposición física de los módulos.

75. En su comunicación al CPT de 19 de enero de 2021, la SGIP se refirió a la necesidad de mejorar la reinserción efectiva de estos reclusos en un régimen ordinario y a la necesidad de animar al personal a ofrecer una función de tutoría junto con una serie de actividades. El CPT apoya este enfoque.

Para ello, el CPT recomienda que las autoridades españolas se basen en las disposiciones de la Instrucción 12/2011 asignando a cada módulo de régimen cerrado y departamento especial un equipo multidisciplinar dedicado a tiempo completo, compuesto por educadores, psicólogos y trabajador social. El equipo debería desarrollar planes de tratamiento individuales más detallados para cada preso y debería aumentar su interacción directa con ellos a través de entrevistas motivacionales. También debería haber una mayor participación de un instructor deportivo.

Además, el CPT reitera su recomendación de que todas las interacciones formales en las salas de consulta y las aulas entre el personal y los reclusos del régimen cerrado y los departamentos especiales se realicen directamente y no a través de barras metálicas o pantallas. Cuando exista preocupación por la seguridad, sería preferible que un miembro adicional del personal estuviera presente en la sala de consulta. En este contexto, el personal no pudo explicar cómo se manifestaba la supuesta "peligrosidad" de un preso y no había ninguna evaluación de riesgos detallada en el expediente ni ningún plan sobre cómo se abordan los factores de riesgo para reducirlos y permitir que el preso vuelva a llevar una vida más normal. Deben tomarse medidas para garantizar que dicha evaluación de riesgos, junto con un plan para abordar los factores de riesgo, exista para los presos considerados peligrosos dentro de la prisión.

Además, el CPT considera que la introducción de un plan de oficiales personales para los presos de primer grado proporcionaría un medio de comunicación adicional y, si se hace bien, permitiría identificar y abordar los problemas antes de que den lugar a un conflicto. El CPT agradecería las observaciones de las autoridades españolas sobre este asunto.

⁵⁸ El equipo debe estar compuesto por un miembro del personal de seguridad, además de un psicólogo, jurista, educador, trabajador social, profesor, enfermero, monitor deportivo y monitor ocupacional.

76. En el Centro Penitenciario Sevilla II, la delegación del CPT se entrevistó con un preso (VD) que aparentemente se encontraba en condiciones similares al aislamiento desde mayo de 2018 (inicialmente en el Centro Penitenciario de Córdoba y desde mayo de 2020 en el Centro Penitenciario Sevilla II). No se relacionaba con ningún otro preso ni durante el ejercicio diario al aire libre ni durante su estancia en la sala de asociación. El preso fue clasificado en 1^{er} grado del artículo 91.3 y en FIES 1 (control directo),⁵⁹ debido a sus antecedentes de agresión a otros presos antes de su llegada a Sevilla II.

Sin embargo, el preso consideraba que su aislamiento de *facto* era punitivo y que no se respetaba el artículo 91.3 del Reglamento Penitenciario de 1996 y que no se le daba la posibilidad de reunirse con el *equipo técnico* para exponer su caso. La delegación del CPT estuvo de acuerdo con el preso y observó además que su aislamiento *de facto* no era beneficioso para su salud mental, ni conducía a abordar su comportamiento agresivo. Estos puntos fueron planteados al Director de la Prisión Sevilla II en el momento de la visita.

El CPT recomienda que las autoridades españolas tomen medidas para garantizar que ningún preso sea mantenido en condiciones de aislamiento. Cuando no se considere posible que un preso se relacione con otros presos, el personal penitenciario debe hacer esfuerzos adicionales para garantizar que el preso tenga al menos dos horas de contacto humano significativo cada día. Además, a estos presos se les debe proporcionar un mayor contacto con un psicólogo y otro personal de tratamiento.

En relación con la información recibida el 19 de enero de 2021 sobre el preso VD, el CPT desearía recibir información actualizada sobre sus actuales condiciones de detención.

77. En el transcurso de la visita, la delegación del CPT conoció a varios presos que necesitaban apoyo psiquiátrico y psicológico y cuyo internamiento en el módulo de régimen cerrado era claramente perjudicial para su salud mental. Por ejemplo, en el Centro Penitenciario Sevilla II, un preso con síntomas de estrés postraumático al que se le había retirado la medicación psicoactiva al ser trasladado desde el Centro Penitenciario Sevilla I el 22 de marzo de 2020, estaba claramente sufriendo y, sin embargo, a pesar de más de 30 solicitudes, todavía no había visto a un psiquiatra. Un preso de nacionalidad extranjera se limitaba a ser recluido en el módulo de régimen cerrado sin que hubiera constancia de un plan de mejora de su salud mental y psicológica, ni siquiera de una valoración de su situación con la ayuda de un intérprete cualificado.

El CPT recomienda que, dado el perfil de la población reclusa, el equipo de atención sanitaria y, en particular, los psiquiatras, evalúen con mayor detenimiento el estado de salud mental de cada recluso que se encuentre en un módulo de régimen cerrado y departamento especial. Cuando sea necesario, se debería buscar el apoyo de un intérprete cualificado.

⁵⁹. *El Fichero de Internos de Especial Seguimiento*, regulado en el artículo 6 del Reglamento Penitenciario (Real Decreto 419/2011) y en la Instrucción 12/2011 de la SGIP, es una herramienta administrativa para un mayor control de los presos con un perfil determinado. El *control directo* FIES 1 (*control directo* CD) es para los presos que son considerados como peligrosos y una amenaza para otros presos y para el personal. El FIES 2 (*delincuencia organizada* DO) incluye a los reclusos condenados o sospechosos de delitos relacionados con su afiliación a la delincuencia organizada; el FIES 3 (*bandas armadas* BA) incluye a los reclusos que todavía pertenecen o han pertenecido a una organización terrorista; el FIES 4 (FS) se refiere a los reclusos que anteriormente pertenecían a las fuerzas de seguridad del Estado; el FIES 5 (*colectivos especiales* CE) se refiere a los reclusos con características especiales como delinquentes sexuales, fugados o criminales de guerra.

78. La revisión de la decisión de clasificación en 1^{er} grado de un preso es realizada por la *junta de tratamiento* cada tres meses y confirmada por la SGIP en Madrid. Sus decisiones se basan en la evaluación trimestral de los *equipos técnicos multidisciplinares* que se encargan de elaborar un plan individualizado y de revisar la evolución, en su caso, de los presos en el módulo de régimen cerrado. Tras el examen de las decisiones relativas a los presos en los establecimientos visitados, el CPT considera que sigue habiendo una falta de razonamiento y comunicación en los procedimientos.

Varios presos declararon que no fueron informados a su debido tiempo de la decisión de trasladarles a primer grado (⁶⁰que a menudo se tomaba después de haber sido trasladados a otro centro penitenciario) ni de los pasos precisos que podían dar para impugnar el internamiento o la renovación del mismo. En particular, los presos no sabían que debían recurrir la decisión ante el Centro de Gestión de la SGIP en primer lugar y, posteriormente, ante el juez de vigilancia, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 105 del Reglamento Penitenciario de 1996.

El CPT también considera que el procedimiento de revisión del internamiento no debería basarse únicamente en un procedimiento escrito, sino que debería incluir una reunión formal cara a cara entre el preso y el *equipo técnico* para recibir la aportación del preso en la evaluación. Esto es importante, ya que hay pocas oportunidades para que los presos demuestren cualquier progreso mientras están en un régimen cerrado o departamento especial, debido a la falta de actividades y al mínimo contacto con los miembros del personal.

Además, el razonamiento para mantener a un preso en 1^{er} grado parecía ser estandarizado y no proporcionaba ningún indicador individual de lo que se requería del preso para ser considerado para un módulo de régimen ordinario. En este sentido, el CPT considera que las revisiones trimestrales para determinadas categorías de presos, como los condenados a largas penas por delitos de terrorismo, son claramente *pro forma*, ya que es evidente que estos presos no se beneficiarán de una reclasificación a 2^o grado en los primeros años de su condena. Por lo tanto, podría tener más sentido introducir una revisión adecuada sólo después de un año y, a partir de entonces, con una periodicidad trimestral, como establece la normativa actual.

79. El CPT recomienda que las autoridades españolas se aseguren de que todos los presos colocados en 1^{er} grado reciban información clara y rápida sobre su colocación y los medios para apelar a dicha colocación. Además, recomienda que todas las revisiones de internamiento incluyan una reunión cara a cara entre el preso y el *equipo técnico* de la prisión antes de que se haga cualquier recomendación a la *junta de tratamiento*.

Además, el CPT desearía recibir los comentarios de las autoridades españolas sobre la propuesta de introducir una revisión significativa después del primer año de encarcelamiento en lugar de una revisión trimestral *pro forma* para los presos condenados por delitos concretos a largas penas de prisión, cuando es evidente que dichos presos pasarán claramente al menos los primeros años de su condena en 1^{er} grado antes de tener una posibilidad realista de ser reclasificados al 2^o grado.

⁶⁰ Por ejemplo, un preso fue colocado en 1^{er} grado por el Centro Directivo el 4 de febrero de 2020 mientras se encontraba en el Centro Penitenciario de A Lama, pero no se le notificó esta decisión hasta el 17 de julio, después de haber pasado cinco meses en el Centro Penitenciario Madrid VII en el módulo de régimen cerrado. La decisión de mantenerlo en 1^{er} grado se tomó el 30 de abril y se le comunicó el 12 de mayo (es decir, antes de que se le notificara oficialmente que había sido colocado en 1^{er} grado) pero sin información sobre cómo recurrir.

d. medios de contención

80. El recurso a los medios de contención y, en particular, la aplicación de la fijación mecánica a la cama de los internos con fines de régimen (*sujeción mecánica regimental*) ha sido objeto de las visitas del CPT a los establecimientos penitenciarios de toda España desde hace más de 10 años.⁶¹ En el transcurso de la visita de 2020, la delegación del CPT pudo examinar la medida en todos los establecimientos penitenciarios visitados y constató el considerable avance en la reducción de la aplicación de la medida y en su duración. Esto es positivo. No obstante, el CPT sigue considerando que la medida se presta a abusos y que requiere garantías aún más estrictas, con el objetivo a largo plazo de su abolición.

81. El marco legal que rodea el uso de los medios de contención se rige por el artículo 45 de la Ley Orgánica Penitenciaria General de 1979 y el artículo 72 del Reglamento Penitenciario de 1996.⁶² En concreto, la Instrucción 03/2010 de la SGIP especifica la diferencia entre la fijación por motivos de régimen o por una condición médica, así como la modalidad de su aplicación. En cuanto al procedimiento de aplicación de la fijación mecánica, independientemente de su finalidad, la Instrucción 03/2010 establece que sólo se utilicen *correas de tela (correas)* para la fijación prolongada de los presos y que un médico debe valorar la compatibilidad de la fijación con el estado de salud del preso desde el inicio de la medida, y posteriormente cada cuatro horas. Además, los funcionarios de prisiones deben supervisar al preso sometido a fijación al menos una vez cada hora.

Tras el informe de la visita del CPT de 2016 y la publicación de una [Guía de Buenas Prácticas](#) en 2017 sobre la fijación mecánica en prisiones por parte del Defensor del Pueblo español, la SGIP aprobó una nueva Instrucción 3/2018⁶³ que pretendía aumentar las garantías en torno a la medida. La medida debe aplicarse sólo como último recurso, debe ir acompañada de esfuerzos para calmar al preso y no debe durar más de lo estrictamente necesario. El Protocolo establece las especificaciones de cada sala en la que debe llevarse a cabo la medida de fijación y la supervisión por parte del personal (en persona cada hora, de forma continua a través de CCTV y de audio a través de un intercomunicador bidireccional, cada tres horas por el jefe de guardia y por el personal sanitario inmediatamente después de la aplicación de la medida y, posteriormente, a intervalos de cuatro horas). Además, los presos deben ser fijados en posición supina (es decir, boca arriba) y no en próstata como era la política en el pasado. La medida debe ser autorizada por el director del centro penitenciario y puesta en conocimiento inmediato del juez de vigilancia. En la práctica, la medida es casi siempre autorizada por el director de turno y el juez de vigilancia sólo es informado uno o más días (hasta 12) después de la finalización de la medida.

82. En los centros penitenciarios visitados, el recurso a la medida de fijación mecánica a una cama por motivos de régimen ha disminuido significativamente en 2019 y 2020, al igual que el

⁶¹. Véanse en particular los informes sobre las visitas de 2007, 2011, 2016 y 2018 en <https://www.coe.int/en/web/cpt/spain>.

⁶². Según el artículo 72 del Reglamento Penitenciario, en el contexto penitenciario español se pueden aplicar los siguientes medios de contención: i) aislamiento provisional; ii) fuerza física; iii) porra de goma; iv) spray de pimienta; v) esposas. La Instrucción 3/2010 de la SGIP establece que la fijación mecánica puede considerarse como el uso de esposas en el espíritu del Reglamento Penitenciario.

⁶³. Véase también la Instrucción 4/20, que ha reducido de 7 horas a 30 minutos el tiempo máximo de colocación de las esposas a un preso (fijación de régimen corto).

recurso a la medida en todo el sistema penitenciario.

<i>Prisión</i>	<i>2017</i>	<i>2018</i>	<i>2019</i>	<i>2020</i> <i>(31 de diciembre)</i>
Castellón II	18	39	17	12
Madrid V (Soto del Real)	21	25	19	10
Madrid VII (Estremera)	29	10	6	5
Sevilla II	38	54	46	30
Total para todas las prisiones ⁶⁴	966	900	460	339

*número de veces que se aplicó la medida de fijación mecánica del régimen a una cama por prisión a partir de la información recogida por el MNP y de las cifras globales proporcionadas por la SGIP

Además, la duración de la inmovilización mecánica de los presos era, por lo general, mucho más corta y, lo que es más importante, apenas había denuncias de malos tratos asociadas a la aplicación de la medida.

83. Sin embargo, a partir del examen de la documentación relativa a la medida de fijación mecánica a una cama en las prisiones visitadas, así como de las entrevistas con los presos que habían sido sometidos a esta medida, siguen planteándose una serie de cuestiones importantes:

- Se sigue fijando a los presos a una cama durante períodos más largos de lo necesario. Por ejemplo, en el Centro Penitenciario Castellón II, un preso que fue fijado a las 21:10 horas fue observado por el médico a las 22:03 horas como "tranquilo, con un discurso estructurado y sin cambios de pensamiento" (y a las 4:19 horas como "tranquilo, colaborando") y, sin embargo, no fue liberado de las correas hasta las 8:15 horas de la mañana siguiente.
- Los reclusos con una enfermedad mental o que han cometido un acto de autolesión o intento de suicidio siguen siendo sometidos a una sujeción mecánica a una cama que, dadas las circunstancias en las que se lleva a cabo la medida, no puede considerarse una medida de seguridad sino un castigo. Además, es poco probable que se resuelvan los problemas subyacentes que llevaron a aplicar la fijación en primer lugar.
- En muchos casos, la documentación sobre la fijación mecánica no se registra con exactitud, ya que se anotan varias horas para el comienzo y el final de la medida en diferentes informes. En varios casos no consta que el médico haya visitado al preso al inicio de la fijación ni que haya habido visitas posteriores cada cuatro horas. Por ejemplo, en el Centro Penitenciario Madrid V (Soto del Real), según la información del sistema informático un preso fue sometido a fijación mecánica de 18h20 a 21h20 el 12 de septiembre de 2020, pero según el informe del jefe de guardia y de dos funcionarios de prisiones, la medida tuvo lugar de 20h30 a 23h30, horas que también se anotaron en la documentación médica. Además, el juez de vigilancia fue informado de la fijación de los días 13 y 14 de septiembre, pero en ambos casos la información facilitada no incluía el informe médico y se indicaba que la medida finalizaba a las 11h30. Tampoco, y esto es muy importante, incluía información sobre el uso de una porra, mientras que su uso estaba recogido en el *Libro Registro de*

⁶⁴. Estas cifras no incluyen las prisiones de la Comunidad Autónoma de Cataluña.

aplicación de medios coercitivos. En consecuencia, el juez de control no estaba en condiciones de tomar una decisión informada sobre la medida sin pedir más información y explicaciones, lo que, según la documentación, nunca se hizo. No es de extrañar que la supervisión ejercida por el juez de vigilancia sobre el uso de medidas coercitivas (esposas, fijación mecánica, uso de la fuerza, incluidas las porras) se perciba como un ejercicio de goma.

- La medida de fijación mecánica a una cama no fue comunicada inmediatamente al juez de vigilancia cuando se impuso ni en el Centro Penitenciario de Castellón II ni en el de Madrid VII, contraviniendo la Instrucción 03/2018. Además, lo que más preocupa al Comité es que los jueces de vigilancia con los que se reunió la delegación consideraron que no eran competentes para intervenir o controlar una medida de fijación mecánica a una cama. Esto es preocupante, dado el potencial de esta medida para plantear cuestiones en virtud del artículo 3 del Convenio Europeo de Derechos Humanos y, por lo tanto, la necesidad de un control estricto de su aplicación real.
- Es necesario garantizar que el personal que trabaja con reclusos problemáticos sea capaz de comunicarse de manera no amenazante y solidaria sin provocar indebidamente al recluso. La falta de comunicación o una comunicación deficiente pueden provocar la ruptura de la confianza y que el recluso se desahogue, con graves consecuencias para el personal y para el recluso. Por ejemplo, en el Centro Penitenciario Castellón II, una disputa entre un preso y un funcionario sobre si su próxima visita sería de una o tres horas le llevó a destrozar su celda, a herir a los funcionarios con un trozo de cristal y a estar fijado a una cama durante 15 horas, seguido de su traslado a otro centro penitenciario.
- Además, todavía no se da a los presos la oportunidad de hablar de su experiencia durante y, en cualquier caso, lo antes posible después de finalizar una medida de fijación mecánica. En esta conversación debería participar siempre un miembro del personal sanitario de alto nivel u otro miembro del personal de alto nivel con la formación adecuada.
- La ausencia de un registro específico en los centros penitenciarios visitados en el que se detalle cada medida de fijación mecánica a una cama no se ajusta a la Instrucción 03/2018.

84. El CPT reconoce que en todo sistema penitenciario hay determinados internos que suponen un grave peligro para sí mismos y/o para los demás y respecto de los cuales puede ser necesario, excepcionalmente, recurrir a medios de contención en el medio penitenciario. En los informes de sus visitas de 2007 y 2011, el CPT hizo varias recomendaciones a las autoridades españolas sobre la necesidad de adoptar normas mucho más estrictas y propuso normas mínimas que regulasen la medida de fijación mecánica a una cama de los reclusos con fines de régimen en las prisiones. En particular, el Comité subrayó que la fijación sólo debería utilizarse como último recurso y durante el menor tiempo posible para evitar el riesgo de daño al individuo o a otros, y sólo cuando todas las demás opciones razonables no pudieran contener satisfactoriamente esos riesgos. Además, el Comité recomendó que el recurso a la fijación de un recluso nunca se utilice como castigo. La visita del CPT de 2016 constató que estas recomendaciones no se habían aplicado y, por tanto, el CPT instó a las autoridades españolas a poner fin a la práctica actual de recurrir a la fijación mecánica en régimen de cama de los reclusos en todos los establecimientos penitenciarios.⁶⁵

Los resultados de la visita de 2020 muestran que la situación ha evolucionado en la dirección correcta, con el número de personas sometidas a fijación sustancialmente reducido y los períodos de fijación considerablemente más cortos. No obstante, el CPT sigue teniendo dudas sobre el uso de la medida de fijación mecánica a una cama, especialmente en relación con su necesidad, la documentación y supervisión precisas de cada medida, su aplicación en presos con una enfermedad mental o en respuesta a un acto de autolesión. Además, considera que el recurso a la fijación mecánica al regimiento podría reducirse si el personal estuviera mejor formado para comunicarse de forma no amenazante y solidaria.

85. El CPT reitera su recomendación de que las autoridades españolas pongan fin a la práctica de la fijación mecánica a una cama de los presos por razones de régimen (seguridad). Dicha medida sólo puede llevarse a cabo por razones médicas y en un entorno médico.

A la espera de la plena aplicación de esta recomendación, el CPT constata que la administración penitenciaria española ha adoptado la Instrucción 3/2018 y su Protocolo y que se compromete a reducir progresivamente la necesidad de recurrir a esta medida, en estricto cumplimiento de los principios de legalidad, subsidiariedad y proporcionalidad recogidos en el artículo 72 del Reglamento Penitenciario.

En este sentido, el CPT recomienda que se refuercen ciertas salvaguardias en torno a la aplicación actual de la medida, como la limitación de su duración a minutos, con el fin de acelerar el progreso hacia la completa abolición de esta práctica. En particular, las autoridades españolas deberían tomar medidas inmediatas para:

- **introducir criterios más estrictos para el recurso a la medida;**
- **limitar su duración a minutos en lugar de horas y detener inmediatamente la medida cuando el recluso ya no se encuentre en una crisis aguda;**
- **asegurarse de que un miembro del personal no sólo supervise de forma continua y directa al recluso, sino que se relacione con él verbalmente;**
- **poner fin a la práctica de la medicación forzada de los presos sometidos a fijación mecánica;**

⁶⁵ Véase CPT/Inf (2017) 34, párrafo 76.

- **instituir una sesión informativa adecuada para el personal y, más concretamente, para el recluso, después de cada medida de fijación, y retroalimentar los resultados en la gestión de la medida.**

El Comité también desea recibir información sobre la aplicación de la medida de fijación mecánica del régimen desde el 1 de enero hasta el 1 de septiembre de 2021, desglosada por establecimiento penitenciario visitado e incluyendo: el género, la duración, el motivo de la aplicación de la medida y si los presos en cuestión tenían una enfermedad mental y/o se habían autolesionado o intentado suicidarse recientemente. También desea recibir el número total de veces que se recurrió a la medida de fijación mecánica del régimen durante este periodo en todos los establecimientos penitenciarios españoles.

e. servicios de atención sanitaria

i. *observaciones preliminares*

86. El 28 de mayo de 2003 entró en vigor la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (16/2003), que estipulaba que en un plazo de 18 meses la responsabilidad de la asistencia sanitaria en las prisiones se transferiría al servicio nacional de salud. Sin embargo, 17 años después, la Ley aún no se ha aplicado y la atención sanitaria primaria en las prisiones sigue siendo responsabilidad directa del Ministerio del Interior y de la SGIP.⁶⁶Sólo en lo que respecta a la atención especializada se han firmado algunos contratos entre el servicio regional de salud y la administración penitenciaria.

Las conclusiones de la visita de 2020 reforzaron la opinión del Comité de que las autoridades españolas deberían avanzar en la transferencia de la asistencia sanitaria de las prisiones al servicio nacional de salud. Todo el personal médico con el que se reunió la delegación durante la visita expresó la opinión de que dicha transferencia debería llevarse a cabo, ya que beneficiaría la calidad de la asistencia sanitaria prestada a los reclusos, *entre otras cosas*, reforzando la atención a través de la comunidad y garantizando la independencia del personal sanitario. Este último punto se consideró importante, aun reconociendo que el personal sanitario seguiría trabajando en estrecha colaboración con los funcionarios de prisiones y el resto del personal penitenciario.

Las autoridades españolas reconocen la importancia de esta cuestión. Al final de las conversaciones de la visita con el Ministro del Interior y el Secretario General de la Administración Penitenciaria, la delegación del CPT fue informada de que la asistencia sanitaria en las prisiones se considera un gran reto, agravado por la escasez general de médicos en España. No obstante, se reconocía claramente que era necesario que hubiera una equivalencia en la atención a las personas en prisión y en la comunidad y que la transferencia de la asistencia sanitaria en las prisiones podría ser beneficiosa, aunque no resolviera todos los problemas existentes.

⁶⁶. En cambio, en Cataluña, como consecuencia de la aplicación del Decreto del Presidente de la *Generalitat de Catalunya* 300/2006, el Departamento de Salud de la *Generalitat de Catalunya* asumió la responsabilidad de la prestación de la asistencia sanitaria a los presos a través del *Instituto Catalán de la Salud*. Véase el informe sobre la visita del CPT a [España](#) de septiembre de 2018 (párrafos 64 y siguientes de CPT/Inf (2020) 5). Además, en la comunidad autónoma vasca, la responsabilidad de la asistencia sanitaria en los centros penitenciarios corresponde a la autoridad sanitaria regional desde 2011 tras la aprobación [del Decreto 140/2011](#).

El CPT recomienda a las autoridades españolas que procedan inmediatamente a la preparación del traspaso de la asistencia sanitaria de las prisiones al servicio nacional de salud, tal y como prevé la Ley 16/2003. A este respecto, el CPT desearía recibir, a su debido tiempo, una copia del plan de acción elaborado para la transferencia.

87. En cuanto a la ética médica, los médicos de varios establecimientos penitenciarios expresaron a la delegación su recelo por el hecho de que se les pidiera que expidieran certificados de aptitud para el castigo a los presos que debían cumplir una sanción disciplinaria de aislamiento, así como un certificado de ausencia de contraindicaciones para la aplicación de la fijación mecánica por motivos de seguridad.⁶⁷

El personal sanitario de cualquier prisión corre el riesgo potencial de sufrir conflictos de doble lealtad. Este riesgo es mayor en aquellos sistemas en los que el personal sanitario trabaja bajo la autoridad de la dirección de la prisión. Su deber de atender a sus pacientes (presos enfermos) puede llevar a menudo a un conflicto por consideraciones de gestión y seguridad de la prisión. Esto puede dar lugar a difíciles cuestiones y opciones éticas. Los médicos de prisiones actúan como el médico personal del preso. Por lo tanto, en aras de salvaguardar la relación médico-paciente, no se les debe pedir que certifiquen que un preso es apto para someterse a un castigo y/o puede ser sometido a una fijación mecánica de forma segura. Esta tarea esencialmente no médica puede afectar a la relación terapéutica entre el personal sanitario y los pacientes.

El CPT recomienda a las autoridades españolas que tomen medidas inmediatas para adecuar la práctica existente a estos principios y promover su aplicación en todos los establecimientos penitenciarios.⁶⁸

ii. personal y equipamiento sanitario

88. La delegación del CPT fue informada por la SGIP de que el número global de puestos médicos para las prisiones era de 500 y que actualmente había 200 vacantes. Se señaló además que incluso cuando se convocaban oposiciones para nuevos puestos médicos, no había suficientes candidatos. Por ejemplo, en el momento de la visita, sólo nueve candidatos se presentaron al concurso para cubrir 35 puestos de médico de prisiones permanentes. En el transcurso de la visita, muchos de los médicos con los que se reunió la delegación plantearon cuestiones como los salarios más bajos en comparación con los médicos del servicio nacional de salud, la falta de independencia y los largos horarios como factores importantes que desaniman a los médicos que solicitan entrar en el servicio de prisiones. **El CPT recomienda que las autoridades españolas tomen medidas para solucionar la actual escasez de médicos, incluyendo cualquier medida destinada a hacer más atractivo el trabajo en las prisiones, como la supresión de los turnos de trabajo de 24 horas.**

⁶⁷. En la práctica, esto consistía en que los médicos marcaban una casilla en un certificado firmado en el que se declaraba que no existían contraindicaciones de carácter físico o psiquiátrico para la ejecución del aislamiento o la medida de seguridad de fijación mecánica de un recluso.

⁶⁸. Véase también la regla 46 de las Reglas Mandela de la ONU (las Reglas Mínimas revisadas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos adoptadas por la Asamblea General de la ONU el 17 de diciembre de 2015).

89. En consecuencia, no es de extrañar que la dotación de personal sanitario en las prisiones visitadas sea insuficiente. En particular, la falta de enfermeras cualificadas, incluidas las enfermeras especializadas en salud mental, es grave. Además, debería revisarse la organización de los servicios de atención sanitaria en algunas prisiones, ya que, por ejemplo, hacer que los médicos de cabecera trabajen en turnos de 24 horas no es eficiente ni una buena práctica, especialmente porque entre las 21 y las 7 horas todos los presos están encerrados en sus celdas.

- En el Centro Penitenciario de Castellón II, el equipo de atención sanitaria estaba formado por tres médicos de cabecera equivalentes a tiempo completo (ETC), seis enfermeros ETC, siete auxiliares de enfermería ETC y dos supervisores (es decir, uno de atención sanitaria y otro de atención de enfermería) para una población reclusa de 998 personas. En el momento de la visita, el número oficial de puestos vacantes era de seis para los médicos de cabecera, siete para los enfermeros y cuatro para los auxiliares de enfermería. Los médicos de cabecera con los que nos reunimos parecían agotados tras haber trabajado en turnos de 24 horas durante largos periodos de tiempo;
- En el Centro Penitenciario Madrid V (Soto del Real), el equipo de atención sanitaria estaba formado por seis médicos de cabecera en régimen de dedicación exclusiva, un supervisor de atención sanitaria y once enfermeros en régimen de dedicación exclusiva para una población reclusa de 1.104 personas. Había tres puestos vacantes para médicos de cabecera y dos para enfermeros;
- En el Centro Penitenciario Madrid VII (Estremera), el equipo de atención sanitaria estaba compuesto por cuatro médicos de cabecera en régimen de dedicación exclusiva, un supervisor de atención sanitaria y ocho enfermeros en régimen de dedicación exclusiva para una población reclusa de 1.076 personas. Había cinco puestos vacantes para médicos de cabecera y cuatro para enfermeros;
- En el Centro Penitenciario Sevilla II, el equipo de atención sanitaria estaba compuesto por cuatro médicos de cabecera en régimen de dedicación exclusiva, incluido un subdirector médico, 11 enfermeras en régimen de dedicación exclusiva y una enfermera supervisora, y 10 auxiliares de enfermería en régimen de dedicación exclusiva para una población reclusa de 1.001 personas. Se trata de cuatro médicos de cabecera menos que los que tenía la prisión en 2016, cuando el establecimiento contaba con 1.500 reclusos.

90. En el momento de la visita de 2020, cada una de las prisiones mencionadas albergaba a unos 1.000 reclusos que, antes de la pandemia de COVID-19, a menudo superaban los 1.200. En consecuencia, es evidente la necesidad de reforzar la dotación de personal sanitario en estos centros penitenciarios.⁶⁹ No obstante, a la luz de la escasez general de médicos de cabecera en España, tal vez debería hacerse mayor hincapié en el aumento de la dotación de enfermería. El CPT ha considerado, como regla general, que un centro penitenciario debería tener un médico de cabecera para 300 presos y una enfermera para 50 presos. Por supuesto, la cifra es aproximada ya que las necesidades reales variarán de una prisión a otra dependiendo del perfil de la población reclusa (rotación de presos, prisión preventiva, edad, tasas de comorbilidad).

⁶⁹ En el Centro Penitenciario de Valencia, que albergaba a 1.825 internos en el momento de la visita, el equipo de asistencia sanitaria estaba formado por siete médicos de cabecera, un supervisor de asistencia sanitaria y 18 enfermeros, y al parecer tenía 16 puestos de médico de cabecera vacantes.

El CPT recomienda a las autoridades españolas que tomen medidas para reforzar los equipos de atención sanitaria en todas las prisiones visitadas para garantizar que, como mínimo, cada prisión estándar con una población de reclusos de alrededor de 1.000 personas cuente con al menos 20 enfermeras, incluyendo enfermeras con cualificación en salud mental. También deberían cubrirse las vacantes de médicos de cabecera. Los niveles de dotación de personal deberían ajustarse si el número de reclusos en un establecimiento aumenta significativamente.

91. El nivel de equipamiento estándar en las enfermerías centrales de los establecimientos visitados era muy bueno y consistía, *entre otras cosas*, en un desfibrilador, una máscara de oxígeno, un aparato de ecocardiografía, un kit de emergencia, un ecógrafo, un aparato Fibroscan, un aparato de rayos X analógico y microscopios oftalmológicos. Las salas de odontología también disponían de equipos de alto nivel. Los locales médicos visitados estaban limpios y ofrecían espacio suficiente, y los locales de hospitalización estaban adecuadamente equipados y amueblados.

iii. acceso a un médico, examen inicial y confidencialidad

92. En cuanto al acceso a un médico, la delegación del CPT recibió varias quejas en todos los establecimientos visitados de que las solicitudes de consulta con un médico se encontraban con retrasos constantes. Además de la escasez de personal sanitario, esto se debía a que las solicitudes orales y escritas eran gestionadas por funcionarios de prisiones y no existían sistemas alternativos como sobres cerrados, buzones o la posibilidad de dirigir las solicitudes a la enfermera que distribuye la medicación. Los miembros de los servicios de salud informaron a la delegación de que algunos funcionarios de prisiones filtraban las solicitudes para ver a un médico.

El CPT reitera su recomendación de que se tomen medidas en los establecimientos penitenciarios visitados, así como en el resto de las prisiones españolas, para que los presos puedan contactar con el servicio de asistencia sanitaria de forma confidencial, por ejemplo, mediante un mensaje en un sobre cerrado y en buzones dedicados exclusivamente al personal sanitario (o mediante la introducción de un sistema de solicitud electrónica o quiosco). Además, los funcionarios de prisiones no deben tratar de filtrar las solicitudes de consulta a un médico.

93. El reconocimiento médico realizado al ingreso en prisión de un recluso siguió realizándose en un plazo de 24 horas en todos los establecimientos visitados e incluyó una serie de pruebas con especial atención a la sífilis, la tuberculosis (TBC), el VIH, la hepatitis B (HBV) y la hepatitis C (HCV).

En cuanto a los presos que presentan lesiones al ingresar en los establecimientos visitados, **hay que remitirse a los comentarios y recomendaciones del apartado 58.**

94. Los expedientes médicos estaban bien organizados y cumplían los requisitos de confidencialidad, y había un buen registro de las consultas médicas (a excepción de la descripción de las lesiones). Además, la medicación era prescrita exclusivamente por los médicos y las farmacias de la prisión estaban bien abastecidas. Los reclusos con medicación supervisada recibían su medicación a intervalos regulares, mientras que otros reclusos recibían la medicación en posesión. Los presos con una enfermedad somática crónica eran visitados diariamente por una enfermera en sus módulos y cualquier caso "problemático" era remitido a un médico el mismo día o al día siguiente.

95. La delegación del CPT comprobó que la prevención, la detección y el tratamiento de las enfermedades transmisibles en las prisiones visitadas eran excelentes. Por ejemplo, los presos diagnosticados de hepatitis C fueron tratados con agentes de acción directa (es decir, sin interferón).

96. El CPT observó que, por lo general, los funcionarios de prisiones no estaban presentes durante los exámenes médicos en las prisiones visitadas y que los reclusos no tenían que anotar el motivo por el que deseaban ver a una enfermera o a un médico. Sin embargo, siempre que había un incidente y se llevaba a un preso a la enfermería o se pedía a un médico que acudiera a un módulo de régimen cerrado, los funcionarios de prisiones estaban presentes durante las consultas con el personal médico cuando se examinaban las lesiones del preso. Los funcionarios eran a menudo los mismos que presuntamente habían infligido malos tratos a los presos.

El CPT recomienda que se recuerde a los funcionarios de prisiones y al personal sanitario que todos los exámenes médicos de los presos deben realizarse fuera de la audiencia y -a menos que el médico en cuestión solicite lo contrario en un caso concreto- fuera de la vista de los funcionarios de prisiones.

iv. consumo de drogas

97. Todas las prisiones visitadas contaban con programas de apoyo a los reclusos en materia de drogadicción. El tratamiento con agonistas opiáceos (TAO) en las prisiones garantizaba la plena conformidad con el tratamiento en la comunidad, con la posibilidad de iniciar el TAO durante el encarcelamiento.⁷⁰ Además, existían programas de intercambio de agujas y jeringuillas.

Sin embargo, en la prisión de Valencia Picassent, la admisión a un programa de tratamiento de mantenimiento con metadona fue decidida por un psicólogo y se pidió a los médicos de cabecera que firmaran la documentación de admisión sin examinar previamente al paciente en cuestión. El CPT considera que es esencial una evaluación exhaustiva por parte de un médico antes de la admisión a un programa de metadona, y **el Comité recomienda que las autoridades españolas se aseguren de que se adopta este enfoque en la prisión de Valencia Picassent.**

⁷⁰ El principal TAO utilizado era la metadona.

98. En el momento de la visita, la Unidad Terapéutica y Educativa (UTE) del Centro Penitenciario Madrid VII (Módulo 13) acogía a 17 hombres y dos mujeres que habían sido diagnosticados de trastorno por consumo de sustancias. Contaban con el apoyo de un⁷¹ equipo multidisciplinar que estaba presente en el módulo la mayoría de los días dirigiendo un grupo y sesiones de terapia individual. También había intervenciones externas, como una sesión de salud sobre el tabaquismo y el acceso a una serie de actividades. Las normas para participar en el programa UTE eran estrictas, pero para los reclusos motivados era muy beneficioso, y había una buena planificación del alta, que incluía la conexión con los servicios de drogas de la comunidad.

En el Centro Penitenciario Castellón II, la UTE se encontraba en el Módulo 15 y acogía a 22 pacientes. El planteamiento era el mismo, pero había menos personal presente en el día a día para llevar a cabo los programas. En cuanto al Centro Penitenciario Sevilla II, el programa de UTE del Módulo 9 se había visto comprometido desde el inicio de la pandemia de COVID-19 por el ingreso de presos de otros módulos que no tenían problemas de consumo de sustancias y por el hecho de que el psicólogo ya no tenía tiempo para trabajar en el programa de UTE.

El CPT desearía que se le proporcionara una actualización de la situación de la UTE en las tres prisiones mencionadas, especialmente en lo que respecta al número de personas en cada programa, los niveles de personal y las actividades que se ofrecen a partir del 1 de junio de 2021.

v. *atención psiquiátrica*

99. La delegación del CPT comprobó una vez más que el acceso a la atención psiquiátrica de los presos seguía siendo inadecuado en los establecimientos visitados.

- en el Centro Penitenciario de Castellón II, se realizó una sesión de telesalud al mes para un máximo de siete pacientes;
- En el Centro Penitenciario Madrid V (Soto del Real), dos psiquiatras estuvieron presentes en el establecimiento durante dos horas seis veces al mes;
- En el Centro Penitenciario Madrid VII (Estremera), un psiquiatra estaba presente tres veces al mes;
- En la prisión Sevilla II, un psiquiatra estaba presente una vez a la semana durante cuatro horas;
- en la prisión de Valencia Picassent, ningún psiquiatra había visitado el establecimiento durante casi un año.

Las autoridades españolas han explicado en el pasado⁷² que la Administración Penitenciaria no proporciona atención especializada y, por tanto, no hay psiquiatras empleados a tiempo completo en las prisiones. La prestación de atención psiquiátrica es responsabilidad del servicio nacional de salud y la Administración Penitenciaria ha firmado acuerdos de colaboración con aquellas comunidades autónomas que están dispuestas a prestar servicios psiquiátricos en las prisiones o ha negociado contratos para la prestación de servicios psiquiátricos. Es evidente que este modelo no está funcionando correctamente y que los presos con una enfermedad mental no están recibiendo el tratamiento que necesitan.

⁷¹ Subdirector de tratamiento, psicólogo, jurista, trabajador social, enfermero, educador y cuatro funcionarios de prisiones.

⁷² Véase CPT/Inf (2017) 35, páginas 30 a 32.

Además, la delegación del CPT volvió a constatar que no había ningún psicólogo clínico, salvo en el Centro Penitenciario Sevilla II, que prestara asistencia a los internos con algún trastorno mental. El CPT ha tomado nota de la respuesta de las autoridades españolas al informe de la visita de 2016 en la que se afirmaba que "todos los establecimientos penitenciarios cuentan con psicólogos entre su plantilla... con conocimientos y competencia suficientes para intervenir desde la perspectiva de la psicología clínica." ⁷³ Sin embargo, la realidad en los centros penitenciarios visitados es que dichas intervenciones no se estaban llevando a cabo para los pacientes con enfermedades mentales.

El CPT recomienda a las autoridades españolas que tomen medidas para aumentar significativamente la dotación psiquiátrica en cada prisión visitada. Cada una de estas prisiones debería contar con el ETC de al menos un psiquiatra y la prisión de Valencia (Picassent) aún más, dado su tamaño y la existencia de un anexo psiquiátrico. Además, cada una de estas prisiones debería contar con al menos un psicólogo clínico a tiempo completo que trabaje con presos con algún trastorno mental.

100. En el informe de su visita de 2016, el CPT comentó el programa dedicado a la atención integral de los internos que padecen un trastorno mental en prisión (PAIE⁷⁴ que la SGIP había introducido en las prisiones en 2009. Los reclusos que ingresaban en el programa PAIEM eran supuestamente atendidos por un equipo multidisciplinar compuesto por un médico generalista, un psicólogo, un educador, un trabajador social, un jurista y un monitor ocupacional. Dependiendo del establecimiento penitenciario, los presos eran agrupados en un único módulo o permanecían alojados en sus respectivos módulos y participaban en el programa semanalmente.

El CPT está ciertamente de acuerdo con las autoridades españolas en que las unidades que albergan a los presos con enfermedades mentales no deben convertirse en asilos que estigmaticen aún más a estos presos. Lamentablemente, las conclusiones de la visita de 2020 mostraron que esto es exactamente lo que ocurre si no se ofrecen los recursos y el programa adecuados.

Por ejemplo, en el Centro Penitenciario Castellón II, los presos diagnosticados con trastornos mentales graves estaban alojados en el módulo 14, denominado módulo PAIEM, que constaba de 36 celdas. En el momento de la visita, alojaba a 27 pacientes (incluyendo dos pacientes considerados sólo parcialmente responsables penalmente⁷⁵) y cinco celadores. Al entrar en la unidad, la delegación del CPT se vio transportada en el tiempo a escenas que recordaban a un asilo "estereotipado". Parecía que el módulo PAIEM se utilizaba simplemente para segregar a estos pacientes, controlándolos mediante la farmacoterapia y el poder abusivo de los celadores (véase el párrafo 60 anterior). A los pacientes no se les ofrecía ningún tipo de asesoramiento, psicoterapia o actividades ocupacionales estructuradas.

101. Por el contrario, en el Centro Penitenciario Sevilla II, las condiciones y el trato que recibían los pacientes del programa PAIEM eran mucho mejores. El módulo 14, que albergaba a 24 de los 33 pacientes del programa junto con 10 celadores, constaba de 36 celdas en dos plantas. La zona de asociación de la planta baja estaba adecuadamente decorada, y los pacientes tenían acceso a un patio, un futbolín, una mesa de ping-pong y una peluquería. Había salas para los programas de

⁷³ Véase CPT/Inf (2017) 35, página 30. Las autoridades españolas también afirman que, según el artículo 282 del Reglamento Penitenciario de 1981, los psicólogos de las prisiones son competentes para "ejecutar los métodos de tratamiento psicológico para cada interno, especialmente en lo que respecta al asesoramiento psicológico individual y grupal, las técnicas de modificación de conducta y la terapia conductual".

⁷⁴ Programa de Atención Integral al Enfermo Mental (PAIEM).

⁷⁵ Responsabilidad penal incompleta.

tratamiento y un taller.

Es importante destacar que el tratamiento se ofrecía mediante un enfoque multidisciplinar que incluía un médico, un psiquiatra, un psicólogo, un trabajador social y un educador. Cada paciente tenía un *Programa Individualizado de Rehabilitación (PIR)* que se actualizaba cada 6 meses en forma de informe de evolución. La administración de la medicación era supervisada tres veces al día por las enfermeras auxiliares que visitaban el módulo. Sin embargo, no se ofrecían actividades ocupacionales a todos los pacientes, incluso antes de las restricciones del COVID-19,⁷⁶ y la delegación del ECAP tuvo la impresión de que el equipo técnico no supervisaba a los pacientes diariamente.

102. El principio fundamental que defiende el CPT es que las personas con un trastorno mental que requieran tratamiento y atención psiquiátrica continuada y/o aguda no deben ser retenidas en prisión, sino trasladadas a un centro sanitario adecuado. En el caso de España, deberían ser los hospitales psiquiátricos penitenciarios de Alicante y Sevilla. Sin embargo, tal y como se expone en este informe (véase la sección C más adelante), estos hospitales no ofrecen actualmente el tratamiento y las condiciones adecuadas para las personas con trastornos mentales graves; tampoco tienen capacidad para admitir a más pacientes procedentes de las prisiones.

Por lo tanto, el programa PAIEM y los módulos específicos en los que se aloja a los presos con trastornos mentales representan *de facto* un escalón hacia el ingreso en un hospital psiquiátrico o una unidad de reducción para la gestión de las personas que regresan a prisión desde un centro psiquiátrico. Además, incluyen a los presos identificados con dificultades para funcionar en un régimen penitenciario ordinario y que requieren un programa adaptado y una asistencia específica.⁷⁷

Para que los presos ingresados en el programa PAIEM y en el módulo dedicado reciban la atención adecuada a su enfermedad mental, es imprescindible que el programa esté dotado de los recursos adecuados. Esto significa que cada PAIEM no sólo debería contar con un equipo multidisciplinar completo (un médico, un psiquiatra, un psicólogo, un trabajador social y un educador), sino que la plantilla debería incluir enfermeras psiquiátricas, terapeutas ocupacionales y funcionarios con formación especial para trabajar con presos con enfermedades mentales. Además, debe ofrecerse un programa estructurado de actividades a todos los presos ingresados en el PAIEM, que incluya acceso a terapia ocupacional, terapia de grupo, psicoterapia individual, arte, teatro, música y deportes. Además, el entorno dentro del módulo donde se lleva a cabo el programa PAIEM debe ser lo menos carcelario posible.

El CPT recomienda a las autoridades españolas que tomen medidas para que los módulos que alojan a los presos del PAIEM proporcionen a estas personas la atención y el tratamiento adecuados que requieren. Para ello, las autoridades españolas deben aumentar los recursos de personal para el programa PAIEM y ofrecer un programa estructurado de actividades beneficiosas para los presos, como se destaca en las observaciones anteriores.

En particular, el CPT desearía ser informado de cualquier novedad en la impartición de los programas PAIEM en los Centros Penitenciarios Castellón II y Sevilla II, así como en el

⁷⁶ Por ejemplo, 20 en la escuela, 14 en *la petanca*, 14 en un taller de comunicación, 3 en un club de lectura y 1 en una clase de pintura (de enero a marzo de 2020); 14 en un taller de juegos de mesa y 16 en un taller de estimulación cognitiva (de abril a junio de 2020).

⁷⁷ Algunos de estos presos probablemente requieren atención en un centro de salud mental, pero están identificados como nivel II del programa PAIEM.

Centro Penitenciario Madrid V.

Además, el CPT recomienda a las autoridades españolas que aumenten la disponibilidad de camas en los centros de atención psiquiátrica para los presos con trastornos mentales que requieran tratamiento y atención psiquiátrica continua y/o aguda.

103. La delegación del CPT conoció a varios pacientes psiquiátricos forenses con⁷⁸ medida de seguridad impuesta por los tribunales que estaban alojados en cada una de las prisiones visitadas. En principio eran alojados en la enfermería o en el Módulo PAIEM si su estado de salud mental lo permitía o incluso en un módulo ordinario, como era el caso de los Centros Penitenciarios Madrid V y Madrid VII. Su tratamiento se basaba exclusivamente en la farmacoterapia, ya que no se habían identificado ni atendido específicamente sus necesidades de rehabilitación. Además, recibían visitas poco frecuentes de un psiquiatra; y en algunos casos, ninguna.

La situación era especialmente preocupante en el Centro Penitenciario de Valencia (Picassent), donde los presos eran enviados regularmente por los Juzgados para recibir "una atención adecuada en el anexo psiquiátrico oficial de la prisión", a pesar de que en el momento de la visita no había ningún psiquiatra desde hacía nueve meses y no se ofrecía ninguna atención de salud mental. De los 54 pacientes que se encontraban en el anexo en el momento de la visita, un número no despreciable eran pacientes de psiquiatría forense.

El CPT reconoce que actualmente las dos instituciones psiquiátricas forenses del país (situadas en Alicante y Sevilla) están a menudo saturadas y no pueden aceptar más pacientes, y que también necesitan una reforma fundamental (véase la sección C más adelante). No obstante, el Comité considera que los pacientes psiquiátricos forenses sometidos a una medida de seguridad impuesta por un tribunal deberían ser alojados en un centro sanitario especializado donde puedan recibir una gama mucho más amplia de medidas terapéuticas, rehabilitadoras y recreativas adecuadas a sus necesidades específicas.

El CPT recomienda que las autoridades españolas tomen las medidas adecuadas para trasladar a los pacientes psiquiátricos forenses alojados en prisión a un centro sanitario adecuado donde puedan recibir un tratamiento apropiado para sus trastornos mentales. Además, debería informarse a los jueces de que la prisión no es un entorno adecuado para estos pacientes y que enviarlos a un establecimiento penitenciario que es incapaz de proporcionar una atención adecuada es perjudicial tanto para el paciente como para la prisión.

104. En el transcurso de la visita, la delegación del CPT tuvo la oportunidad de visitar el departamento de atención especializada para presos con problemas de aprendizaje en el Módulo 14 del Centro Penitenciario Madrid VII.⁷⁹ El departamento acogía a 28 personas y cinco funcionarios de prisiones. El equipo técnico estaba compuesto por dos psicólogos especializados en el trabajo

⁷⁸. La mayoría de los pacientes en cuestión habían sido declarados penalmente irresponsables por un Tribunal de conformidad con el artículo 20 del Código Penal y se les había impuesto una medida de seguridad de internamiento en una institución psiquiátrica de conformidad con el artículo 101, párrafo 1, del Código Penal. En algunos casos, el Tribunal correspondiente había aplicado factores atenuantes que disminuían la responsabilidad penal de los pacientes (de conformidad con el artículo 21, párrafo 1, del Código Penal) y había ordenado la ejecución de una medida de seguridad en una sección psiquiátrica de una institución penitenciaria de conformidad con el artículo 104 del Código Penal.

⁷⁹ Sólo hay dos unidades de este tipo en el sistema penitenciario español; la otra está en la prisión de Segovia.

con personas con problemas de aprendizaje ⁸⁰ y visitaban la prisión semanalmente. También había un educador, un trabajador social y un jurista, todos los cuales trabajaban para la prisión. La mayoría de los presos del departamento habían sido identificados inicialmente por los funcionarios de la prisión tras observar que los presos tenían dificultades para entender las normas básicas de la prisión. Posteriormente, el proceso de evaluación de su capacidad intelectual y de obtención del reconocimiento oficial corrió a cargo de la ONG que proporcionaba los psicólogos.

Se anima a los reclusos de la unidad a participar en diversas actividades, además de una hora de escuela obligatoria cada mañana. Cuatro asistían a cursos de formación profesional y cuatro tenían trabajos remunerados en la prisión. Sin embargo, las oportunidades de mezclarse con presos de otros módulos a través de actividades deportivas y culturales se habían visto reducidas por la pandemia del COVID-19.

No se aplicaron los procedimientos disciplinarios ordinarios porque se reconoció que el tiempo transcurrido entre el incidente y la sanción era demasiado largo para que los presos entendieran su significado. De ahí que se adoptara un enfoque más de justicia reparadora, como que los presos que se habían peleado tuvieran que trabajar juntos durante una semana o que, tras un altercado verbal, tuvieran que decir algo agradable sobre la otra persona.

El objetivo general era dotar a los presos de habilidades básicas para lograr la autonomía en su vida diaria y, para ello, debido a la participación de la ONG, el departamento estaba bien dirigido y podría considerarse que demostraba una buena práctica. No obstante, al CPT le preocupa que no se identifique a los presos con problemas de aprendizaje que necesitan un régimen especial en el momento de su ingreso en prisión, ni siquiera durante los procedimientos judiciales, y que se les exponga a la vida en los módulos ordinarios en los que no pueden desenvolverse.

El CPT desearía que se le informara sobre los procedimientos y herramientas utilizados para identificar a los presos con problemas de aprendizaje y si es necesario aumentar la capacidad de los dos departamentos.

f. otras cuestiones

i. *personal penitenciario*

105. El número de funcionarios de prisiones en los establecimientos penitenciarios visitados parecía ser adecuado en relación con sus niveles profesionales y el régimen vigente. Por ejemplo, en el Centro Penitenciario Madrid VII había 504 funcionarios de prisiones para 1.076 reclusos y en el Centro Penitenciario Sevilla II, el número de funcionarios de prisiones era el mismo que en 2016 (493) pero la población era ligeramente inferior, 1.001.

Por el contrario, parecía haber un número insuficiente de educadores y otros miembros del personal de tratamiento para seguir adecuadamente el número de presos bajo su responsabilidad. Por ejemplo, en el Centro Penitenciario Castellón II, sólo estaban cubiertos 11 de los 18 puestos de educador y el personal se quejaba de la rotación del personal técnico, lo que perjudicaba la continuidad en el apoyo a los presos.

⁸⁰. Los psicólogos fueron proporcionados por una organización no gubernamental.

El CPT desearía que se le informara de las medidas que se están adoptando para garantizar que todas las prisiones cuenten con una dotación completa de funcionarios de prisiones y de personal de tratamiento.

106. En lo que respecta a la formación del personal penitenciario, a la luz de las numerosas acusaciones de comportamiento provocador por parte de los funcionarios de prisiones, especialmente en los módulos de régimen cerrado, y su aparente incapacidad para calmar situaciones desafiantes, el CPT considera que es necesario hacer más hincapié en el desarrollo de las habilidades de comunicación del personal penitenciario. Para ello, el CPT desearía **que se le informara sobre la formación de actualización en el puesto de trabajo y la formación adicional que se imparte a los funcionarios de prisiones en materia de habilidades de comunicación una vez que han comenzado a trabajar en un establecimiento penitenciario. También se hace referencia a las recomendaciones del párrafo 50 anterior sobre la formación en materia de medios de control y contención para los funcionarios de prisiones.**

ii. disciplina

107. El examen de los procedimientos disciplinarios en los centros penitenciarios visitados reveló que los reclusos, al igual que en el pasado, podían beneficiarse, en principio, de las garantías formales establecidas en los artículos 240 a 250 del Reglamento Penitenciario de 1996 (en particular, la exigencia de que los procedimientos se notifiquen a los reclusos por escrito; la posibilidad de contar con la asistencia de un tercero, incluido un abogado; la posibilidad de presentar pruebas y la exigencia de que se motive una decisión que declare la inadmisibilidad de las pruebas; y la posibilidad de recurrir).

No obstante, el CPT considera que hay varios aspectos del procedimiento disciplinario que merecen ser examinados. Uno de ellos se refiere al tiempo que puede transcurrir entre la infracción y la fecha en que se cumple efectivamente la sanción disciplinaria, especialmente cuando los presos son trasladados a otro establecimiento. Una segunda es la aplicación continuada de una medida de aislamiento durante un periodo superior a 14 días sin ningún tipo de respiro. Además, se debe poner fin a la práctica de que los reclusos continúen siendo disciplinados, incluso en régimen de aislamiento, por un acto de autolesión (véase el párrafo 113 infra).

108. En numerosos casos, en todas las prisiones visitadas, la delegación del CPT se encontró con presos que tuvieron que esperar muchos meses entre el incidente y la decisión disciplinaria y, posteriormente, para que se aplicara la sanción.

Por ejemplo, un preso que cometió una infracción disciplinaria el 24 de abril de 2019 en el Centro Penitenciario Sevilla II recibió la resolución de su recurso el 4 de octubre de 2019, pero sólo cumplió la medida de aislamiento disciplinario a partir del 3 de agosto de 2020 en el Centro Penitenciario Madrid V. En el Centro Penitenciario Castellón II, un preso que protagonizó un incidente el 1 de agosto de 2019 recibió la sanción disciplinaria el 18 de diciembre de 2019, que recurrió. El juez de vigilancia dictó resolución el 30 de abril de 2020 y cumplió un periodo de aislamiento del 10 al 20 de agosto de 2020, más de un año después del incidente.

En un tercer caso, un preso que aparentemente había cometido 10 infracciones entre el 17 y el 23 de septiembre de 2019 en el Centro Penitenciario de A Lama, había sido sancionado con 300 días de privación de paseos y actividades recreativas comunes por la Comisión Disciplinaria del Centro Penitenciario a principios de diciembre de 2019 y el 7 de febrero de 2020 (decisiones definitivas al no haber recurrido). Desde su traslado al Centro Penitenciario Madrid VII (Estremera) a principios de 2020 no había cometido ninguna falta disciplinaria. Sin embargo, a mediados de septiembre de 2020, aún tenía que cumplir las 10 sanciones anteriores y otras más.

109. La audiencia sobre una infracción disciplinaria debe celebrarse lo antes posible después de la presunta infracción, preferiblemente en un par de semanas, y a partir de ahí la sanción debe cumplirse inmediatamente (o, si se apela, inmediatamente después de esa decisión). Cualquier retraso no sirve a las necesidades de mantener el buen orden en la prisión y rompe el vínculo entre la infracción y la sanción. Sería preferible que los reclusos cumplieran una sanción en el centro penitenciario en el que cometieron la infracción y que después fueran trasladados a otro centro, en lugar de ser trasladados a un nuevo centro penitenciario y tener que cumplir una serie de castigos disciplinarios a lo largo de muchos meses, ya que esto perturba la capacidad del personal de tratamiento para establecer una relación con un recluso problemático. Además, siempre que haya un largo retraso entre una infracción y la decisión sobre una sanción y su ejecución, y el preso haya sido trasladado a una nueva prisión mientras tanto, el director de la prisión receptora debería estar autorizado a revisar la sanción disciplinaria a la luz del comportamiento del preso desde su llegada.

El CPT recomienda a las autoridades españolas que revisen los plazos para el conocimiento de las presuntas faltas disciplinarias y para la aplicación de las sanciones disciplinarias con el fin de asegurar que se mantiene el vínculo entre la falta y la sanción, y que sirve para el mantenimiento del buen orden en la prisión.

Además, cuando los presos son trasladados a otro establecimiento penitenciario tras una presunta infracción disciplinaria y no se les impone ninguna sanción disciplinaria durante varios meses, deben existir procedimientos para revisar la aplicación de cualquier sanción disciplinaria a la luz del comportamiento del preso.

110. Según el artículo 42 de la Ley Penitenciaria de 1979 y del artículo 236 del Reglamento Penitenciario de 1996, la sanción de aislamiento por una infracción muy grave ⁸¹no puede exceder de catorce días por una sola infracción ⁸²o de cuarenta y dos días si se impone por infracciones disciplinarias concurrentes. El juez de vigilancia debe aprobar cualquier período de aislamiento que supere los 14 días. ⁸³

En la práctica, los establecimientos penitenciarios aplicaban periodos secuenciales (de hasta 14 días cada uno) de aislamiento de los reclusos con una interrupción de un solo día, y ese único día lo pasaban normalmente solos en su propia celda bajo una medida equivalente al aislamiento provisional. ⁸⁴

⁸¹. Según el artículo 108 del Reglamento Penitenciario, son infracciones muy graves, por ejemplo, el amotinamiento, los motines internos, la agresión física a otra persona, la resistencia activa a una orden y la fuga.

⁸². El artículo 42, párrafo 3, de la Ley de Prisiones de 1979 contempla la posibilidad de que las sanciones disciplinarias se incrementen en la mitad de su máximo en caso de reincidencia.

⁸³. Véanse los artículos 76º párrafo 2, d) de la Ley de Prisiones de 1979 y 236, párrafo 3, del Reglamento de Prisiones de 1996.

⁸⁴. De conformidad con el artículo 72 del Reglamento Penitenciario de 1996.

Por ejemplo, en el Centro Penitenciario de Castellón II, un preso fue sometido a aislamiento disciplinario desde el 17 de junio hasta el 22 de julio de 2019, quedando únicamente los periodos del 26 al 27 de junio y del 10 al 11 de julio fuera de la celda de aislamiento. En el Centro Penitenciario Madrid V (Soto del Real), 14 meses después de la fecha de los hechos, un preso estuvo en aislamiento disciplinario desde el 3 de agosto al 7 de septiembre de 2020 con sólo las noches del 14 y 28 de agosto y del 2 de septiembre "interrumpidas" en su propia celda en aislamiento provisional. Pasó efectivamente 35 días en aislamiento disciplinario continuo. Otro preso fue sometido a aislamiento disciplinario durante 36 días seguidos, del 20 de enero al 24 de febrero de 2020, sin ninguna interrupción. En un tercer caso, un preso fue sometido a aislamiento disciplinario durante 80 días (divididos en periodos de 20, 24 y 36 días) entre el 8 de junio y el 7 de septiembre de 2020 y estaba previsto que pasara otros 19 días a partir del 14 de septiembre de 2020. En total, había 24 casos de presos que debían pasar más de 14 días en régimen de aislamiento disciplinario entre el 1 de enero y el 15 de septiembre de 2020. En las demás prisiones visitadas se observa una situación similar.

111. Dados los efectos potencialmente muy perjudiciales del aislamiento,⁸⁵ el CPT ha defendido sistemáticamente que el período máximo de aislamiento como castigo no debería ser superior a 14 días para una determinada infracción, y preferiblemente inferior. Además, debería haber una prohibición de las sentencias disciplinarias secuenciales que den lugar a un período ininterrumpido de aislamiento que supere el período máximo. Las infracciones cometidas por un preso que puedan requerir sanciones más severas deben ser tratadas a través del sistema de justicia penal. Si un preso ha sido condenado a un confinamiento disciplinario por un total de más de 14 días en relación con dos o más infracciones, debe haber una interrupción en la fase de 14 días (es decir, al menos dos días y preferiblemente varios días según el individuo) durante la cual el preso debe tener la posibilidad de asociarse con otras personas y participar en actividades.⁸⁶

112. El Comité reitera su recomendación de que las autoridades españolas actúen para garantizar que ningún preso sea mantenido continuamente en aislamiento como castigo durante más de 14 días. Si el preso ha sido condenado a aislamiento por un total de más de 14 días, debería haber una interrupción de varios días en el aislamiento en la etapa de 14 días, durante la cual el preso debería tener la posibilidad de asociarse con otras personas y participar en actividades.

Además, los jueces de vigilancia deben ser conscientes de los efectos nocivos que pueden derivarse de colocar a un preso en régimen de aislamiento como castigo disciplinario durante más de 14 días.

De manera más general, el CPT también considera que un solo incidente no debería dar lugar a más de un castigo disciplinario de aislamiento y que cualquier infracción cometida por un preso que pudiera requerir sanciones más severas debería ser tratada a través del sistema de justicia penal.

⁸⁵. Véase, por ejemplo, Shalev, S., *A Sourcebook on Solitary Confinement*, Mannheim Centre for Criminology, Londres 2008 (disponible en www.solitaryconfinement.org) y [WHO Europe: Prison and Health 2014](#) (. Capítulo 5 sobre el aislamiento como problema de salud en las prisiones).

⁸⁶. Véase la regla 60.6 y su comentario de las Reglas Penitenciarias Europeas revisadas de 2006 a partir del 1 de julio de 2020, así como las reglas 43 y 44 de las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (Reglas Nelson Mandela).

113. La delegación del CPT comprobó que en todas las prisiones masculinas visitadas, las personas que cometían un acto de autolesión eran objeto de un castigo disciplinario y podían ser sometidas a aislamiento. El personal consideraba que tales actos eran intentos de manipulación y, por tanto, debían ser castigados. Al mismo tiempo, el instructor y la comisión disciplinaria no pedían la opinión de un psicólogo o un médico sobre el preso en cuestión.

La experiencia del CPT es que, incluso cuando puede haber un elemento de manipulación, un acto de autolesión suele reflejar problemas y condiciones de naturaleza psicológica o psiquiátrica y debe abordarse desde un punto de vista terapéutico más que punitivo. Además, es probable que una sanción disciplinaria exacerbe cualquier problema psicológico o psiquiátrico. En este sentido, también hay que añadir que todos los casos de autolesiones deberían ser evaluados médicamente inmediatamente después del incidente para valorar la extensión de las lesiones y evaluar el estado psicológico del preso.

El CPT recomienda a las autoridades españolas que garanticen que los actos de autolesión dejen de ser objeto de castigos disciplinarios en las prisiones. Las personas que se autolesionan o que corren el riesgo de hacerlo deben ser tratadas siempre desde un punto de vista terapéutico y no punitivo.

114. En el Centro Penitenciario Castellón II, el recurso de la dirección de la prisión a las sanciones disciplinarias parecía ser especialmente elevado y parecía reflejar las relaciones antagónicas entre una parte de los funcionarios de prisiones y los presos. Por ejemplo, la delegación fue informada por el personal de la prisión de que en los primeros nueve meses de 2020 (hasta el 23 de septiembre), hubo nada menos que 1.084 sanciones disciplinarias⁸⁷ para una población penitenciaria de alrededor de 1.000 personas. **El CPT agradecería los comentarios de las autoridades españolas sobre este asunto. Además, desearía recibir un desglose de los castigos disciplinarios en el Centro Penitenciario Castellón II para el primer semestre de 2021 según los criterios de los artículos 108 (falta muy grave), 109 (faltas graves) y 110 (leves) y los castigos impuestos en virtud del artículo 111 del Reglamento Penitenciario 1201/1981.**

iii. contacto con el mundo exterior

115. Al igual que en el pasado, los presos tienen un contacto razonablemente bueno con el mundo exterior. Los presos tienen derecho a dos visitas de 20 minutos a la semana, con un máximo de cuatro visitantes; la dirección de la prisión puede autorizar que se acumulen estas dos visitas semanales, que tienen lugar en cabinas de visita cerradas. Los presos pueden recibir dos visitas abiertas mensuales, de entre una y tres horas de duración cada una, siendo una de ellas una visita íntima (llamada *vis-à-vis*) y la otra de familiares cercanos. Además, se pueden autorizar trimestralmente visitas de asociación, de una duración máxima de seis horas, del cónyuge o la pareja y de los hijos de hasta diez años de edad, para los reclusos que no tienen derecho a un permiso de fin de semana.

Además, los presos tienen derecho a recibir y enviar cartas y a realizar cinco llamadas telefónicas de cinco minutos cada uno por semana.

⁸⁷. De los cuales 56 fueron despedidos. Además, en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2019 y el 23 de septiembre de 2020, 577 presos recibieron la sanción disciplinaria más grave, de 6 a 14 días, en virtud del artículo 111 bis del Reglamento Penitenciario.

Sin embargo, en el marco de las medidas adoptadas para luchar contra la pandemia del COVID-19, se suspendieron todas las visitas a los centros penitenciarios entre marzo y julio de 2020, y a mediados de septiembre todavía no se habían reintroducido las visitas *vis a vis*. Para *compensar* estas restricciones, se había concedido a los presos una ampliación de sus llamadas telefónicas de cinco a 15 minutos y la posibilidad de que se les concediera una llamada por videoconferencia gratuita de 10 minutos al mes. Sin embargo, los procedimientos para que se les conceda una videollamada en un teléfono móvil parecían complicados y muchos presos declararon que no se les había concedido dicha llamada o que sólo se les había ofrecido una vez en cinco meses. Además, debería ofrecerse a los presos con familiares en prisión la posibilidad de estar en contacto entre sí, ya sea mediante comunicación telefónica o mediante una visita si se encuentran en el mismo establecimiento penitenciario.

El CPT reitera su recomendación de que las autoridades españolas permitan que todas las visitas se realicen como norma en condiciones abiertas y que las visitas en cabinas cerradas se restrinjan a aquellos casos en los que esté justificado por razones de seguridad.

Además, el CPT recomienda que mientras se mantengan las restricciones de la COVID-19 sobre las visitas familiares, se hagan mayores esfuerzos para asegurar que a todos los presos se les ofrezca una llamada por videoconferencia en *lugar* de una visita abierta. Además, el CPT desearía ser informado de las normas vigentes en las prisiones españolas para que los presos extranjeros y aquellos españoles encarcelados a larga distancia de sus hogares puedan mantener conversaciones con sus familiares a través del protocolo de voz sobre Internet (VoIP).

iv. procedimientos de reclamación

116. Todos los presos tienen derecho a presentar *peticiones* en relación con la aplicación de alguno de sus derechos o beneficios y a presentar *quejas* cuando consideren que sus derechos han sido vulnerados por la administración penitenciaria. Varios artículos del Reglamento Penitenciario obligan a las autoridades penitenciarias a aceptar y tramitar las peticiones y quejas presentadas por los internos. Además, los internos pueden presentar quejas en segunda instancia contra la decisión de la SGIP ante el juez de vigilancia.

En el transcurso de la visita de 2020, la delegación del CPT observó que las solicitudes y quejas (no relacionadas con alegaciones de malos tratos por parte del personal, como se evidencia en el párrafo 50 anterior) fueron en general registradas y procesadas a tiempo por las autoridades competentes. Todos los establecimientos penitenciarios disponían de un registro centralizado (incluso en formato electrónico) para la anotación de peticiones y quejas y todas las entradas estaban debidamente registradas.

117. En cuanto a la función de los jueces de vigilancia en el control de la ejecución de las penas privativas de libertad y en la salvaguarda de los derechos de los reclusos, tal y como regula el artículo 76 de la Ley Orgánica General Penitenciaria, la delegación del CPT volvió a constatar que los jueces seguían sin visitar a los reclusos en las unidades de alojamiento o en los módulos cerrados o departamentos especiales de los centros penitenciarios visitados.

En cuanto al control de la legalidad y la proporcionalidad de la aplicación de los medios de coerción, del uso de la fuerza y de la aplicación de periodos prolongados de aislamiento, la delegación del CPT volvió a tener la impresión de que el papel desempeñado por los jueces de vigilancia se limitaba a certificar las decisiones de la administración penitenciaria y no parecía haber un examen de la proporcionalidad y la idoneidad de estas medidas por parte de los jueces de vigilancia.

El CPT recomienda a las autoridades españolas que reiteren a los jueces de vigilancia la importancia de su función de control imparcial e independiente de las prácticas penitenciarias y, para ello, la necesidad de que visiten las unidades de alojamiento, especialmente los módulos cerrados y los departamentos especiales, dentro de una prisión.

En particular, el Comité solicita a las autoridades gubernamentales españolas que transmitan esta recomendación por los cauces adecuados a los Servicios de Inspección del *Consejo General del Poder Judicial*.

3. Establecimientos penitenciarios para mujeres

118. En muchos países, las prisiones están diseñadas en gran medida por hombres para reclusos masculinos y para ser gestionadas, principalmente, por personal masculino. Las reclusas suelen recibir el mismo trato que los reclusos varones, sin normas ni reglamentos específicos que aborden sus necesidades particulares como mujeres. De hecho, muchos sistemas penitenciarios y las condiciones de detención que ofrecen a los reclusos carecen de un enfoque de género, y las políticas penitenciarias y las prácticas cotidianas dentro de las prisiones suelen oscilar entre la neutralidad y el sesgo de género. En los países europeos, las mujeres constituyen una pequeña minoría de la población penitenciaria total y el enfoque de los sistemas penitenciarios se orienta hacia el recluso masculino estándar (es decir, cómo proporcionar un entorno seguro y protegido y, si es posible, prepararlo para su reinserción en la comunidad). Sin embargo, las mujeres tienen necesidades y vulnerabilidades biológicas y de género específicas que requieren una política penitenciaria alternativa orientada a sus necesidades. El entorno físico es un aspecto importante en este sentido.

Además, las reclusas suelen suponer un riesgo menor para la seguridad que los reclusos, por lo que es necesario que cualquier evaluación de riesgos y necesidades y clasificación de reclusos que tenga en cuenta el género tenga en cuenta este hecho. Este requisito se refleja en las Reglas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de las Reclusas y Medidas No Privativas de la Libertad para las Mujeres Delinquentes (Reglas de Bangkok) de octubre de 2010,⁸⁸ y más concretamente en la Regla 41(a).⁸⁹

119. En términos prácticos, hay mucho que decir sobre el desarrollo de una red de pequeños centros de custodia orientados a las mujeres en todo el país para alojar a las mujeres que necesitan estar en un alojamiento seguro. Dichos centros deberían estar orientados a preparar a las mujeres para su reincorporación a la comunidad, permitir que las mujeres sean recluidas más cerca de sus familias y hogares y contar con un régimen de seguridad acorde con los riesgos que presentan las mujeres.

Sin embargo, en la actualidad, debido al reducido número de establecimientos penitenciarios que acogen a mujeres, éstas suelen estar alejadas de sus hogares. Al mismo tiempo, la carga de las responsabilidades de cuidado recae desproporcionadamente en las mujeres y, por lo tanto, necesitan tener un buen acceso regular a sus familias. Por lo tanto, a la espera de la creación de una red de centros, **las autoridades españolas deberían introducir medidas compensatorias adicionales para las reclusas que faciliten sus posibilidades de mantener el contacto con sus familias.**

Mediante comunicación de 19 de enero de 2021, las autoridades españolas informaron al CPT de que la SGIP está revisando su enfoque hacia las mujeres en prisión con la creación de un Departamento de Igualdad dentro de la SGIP y el encargo de un nuevo informe sobre las mujeres en prisión.

El CPT recomienda a las autoridades españolas que tengan en cuenta los comentarios anteriores en el desarrollo de un enfoque específico de género hacia las mujeres en prisión. Además, desea recibir una copia del informe sobre las mujeres en prisión que está elaborando

⁸⁸. Adoptada por la resolución 2010/16 de la Asamblea General de la ONU, A/C.3/65/L.5, el 6 de octubre de 2010.

⁸⁹. "Regla 41: La evaluación del riesgo y la clasificación de los reclusos teniendo en cuenta el género:
a) Tener en cuenta el riesgo generalmente menor que suponen las reclusas para los demás, así como los efectos especialmente perjudiciales que las medidas de alta seguridad y el aumento de los niveles de aislamiento pueden tener en las reclusas".

la SGIP y ser informado de cualquier nueva estrategia que se adopte a partir de entonces.

120. En España, las mujeres representan el 7,6% (3.822 en diciembre de 2019 ⁹⁰) del total de la población penitenciaria. Sólo hay dos establecimientos penitenciarios exclusivamente femeninos dependientes de la Administración Penitenciaria de España (SGIP), que son el Centro Penitenciario de Mujeres de Ávila y el Centro Penitenciario de Alcalá de Guadaíra en Sevilla. ⁹¹Esto significa que la inmensa mayoría de las reclusas están reclusas en uno o dos módulos dentro de prisiones predominantemente masculinas sin un enfoque específico de género hacia las mujeres. El ethos masculino de estas prisiones tiende a impregnar los módulos femeninos, especialmente porque no hay una gestión diferenciada de las mujeres dentro de estos establecimientos.

El CPT recomienda que las autoridades españolas tomen medidas activas para desarrollar un enfoque específico de género hacia las mujeres presas. Además, este enfoque debería tener en cuenta que las mujeres generalmente suponen un menor riesgo para la seguridad a la hora de desarrollar cualquier evaluación de riesgos y necesidades que tenga en cuenta el género y la clasificación de los reclusos. Además, si las mujeres tienen que ser reclusas en prisiones predominantemente masculinas, debería haber una gestión penitenciaria diferenciada de las reclusas dentro de la gestión general del establecimiento con un complemento penitenciario específico (véase el párrafo 135 más abajo).

121. La delegación del CPT visitó el Centro Penitenciario de Mujeres de Ávila, que albergaba a 70 mujeres ⁹²para una capacidad oficial de 300. También examinó la situación de las mujeres reclusas en los Módulos 9 y 10 (*módulo respecto*) del Centro Penitenciario Madrid VII (Estremera), que en conjunto albergaban a 101 mujeres.

a. malos tratos

122. La inmensa mayoría de las reclusas entrevistadas manifestaron haber recibido un trato correcto por parte del personal penitenciario; este es el caso, sobre todo, del Centro Penitenciario de Mujeres de Ávila, donde no se recibieron denuncias de malos tratos físicos y se respiraba un ambiente relativamente relajado en los dos pabellones de alojamiento ordinario.

En el Centro Penitenciario Madrid VII se recibieron algunas denuncias de malos tratos y abusos verbales por parte de funcionarios de prisiones. En concreto, una de las denuncias se refería a un puñetazo en la cara que recibió una reclusa en junio de 2020 cuando se encontraba en el módulo de ingresos antes de su traslado al Centro Penitenciario de Mujeres de Ávila. Además, en el Centro Penitenciario de Mujeres de Ávila, varias mujeres entrevistadas en todos los módulos manifestaron haber sido objeto de malos tratos o uso excesivo de la fuerza en centros penitenciarios anteriores a su traslado a Ávila.

El CPT recomienda que las autoridades españolas reiteren al personal penitenciario el claro mensaje de que los malos tratos físicos, el uso excesivo de la fuerza y los abusos verbales contra los reclusos no son aceptables y serán tratados en consecuencia.

⁹⁰ Esto no incluye a las 563 mujeres (7%) reclusas en establecimientos penitenciarios de Cataluña.

⁹¹ En Cataluña, se encuentra el Centro Penitenciario de Mujeres de Barcelona y el Departamento de Mujeres autónomo del Centro Penitenciario de Brians I - véase el informe de la visita de septiembre de 2018. Ref: [CPT/Inf \(2020\) 5, párrafos 86 a 113](#)

⁹² Un preso estaba recluido en un pequeño y discreto módulo a la entrada de la sección cerrada de la prisión por "cuestiones de seguridad".

123. Se observó que se produjeron algunos incidentes de violencia entre reclusos en el Centro Penitenciario de Mujeres de Ávila y en el Módulo 9 del Centro Penitenciario Madrid VII, pero la gran mayoría no fueron de naturaleza grave y el personal intervino rápidamente. Sin embargo, en lo que respecta al acoso, el personal debe estar más atento a estos casos y deben existir vías de fácil acceso para que los reclusos planteen sus preocupaciones. A este respecto, es necesario que los funcionarios de prisiones estén presentes en el pabellón durante los periodos de asociación, especialmente por la noche, cuando hay menos actividades organizadas. Por ejemplo, el personal del Módulo 9 del Centro Penitenciario Madrid VII ha tardado relativamente en intervenir para poner fin a una situación de acoso por parte de dos presos de nacionalidad extranjera. **El CPT desearía que se le informara de las medidas adoptadas en el Centro Penitenciario Madrid VII para evitar el acoso.**

b. procedimiento de admisión

124. El procedimiento de ingreso está generalmente bien organizado en las prisiones españolas.

Los recién llegados suelen ser atendidos por una enfermera en el momento del ingreso y, posteriormente, por un médico en un plazo de 24 horas. Está comprobado que las reclusas tienen una mayor prevalencia que los hombres de enfermedades mentales, drogodependencia y autolesiones, y que muchas son víctimas de violencia sexual y de otros tipos de violencia de género. Sin embargo, las normas que regulan el proceso de ingreso no contienen disposiciones específicas de género para las mujeres, salvo para las embarazadas y las madres con bebés (véanse los artículos 29 y 38 de la Ley Orgánica y los artículos 178-181 del Reglamento Penitenciario de 1996).

El Reglamento Penitenciario y el proceso de admisión deben ser revisados para garantizar que cumplen con los requisitos generales establecidos en las Reglas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de las Reclusas y Medidas No Privativas de la Libertad para las Mujeres Delincuentes (Reglas de Bangkok) de octubre de 2010, especialmente las Reglas 2(1) y 6(e).⁹³

125. Esta revisión requiere examinar las vulnerabilidades particulares de las mujeres en el momento del ingreso. Por ejemplo, en la actualidad no se realiza un cribado sistemático de los abusos sexuales u otras formas de violencia de género infligidas antes del ingreso. Esta detección es esencial, ya que la violencia sufrida antes del ingreso puede tener una correlación directa con el comportamiento de la mujer e incluso con la conducta delictiva, y debería influir claramente en la forma en que se elabora el plan de atención para la mujer en cuestión durante su estancia en prisión (es decir, si necesita apoyo psicológico especializado o asesoramiento). Si bien puede no ser apropiado que dicha evaluación se lleve a cabo inmediatamente después del ingreso en prisión por la preocupación de evitar una nueva traumatización, debería incluirse en el "proceso" de ingreso y llevarse a cabo en las primeras semanas posteriores al mismo. La falta de este enfoque significa que la dirección no puede tomar las medidas adecuadas para garantizar que las víctimas de abusos

⁹³. Norma 2:1. Se prestará la debida atención a los procedimientos de ingreso de mujeres y niños, debido a su especial vulnerabilidad en ese momento. Las reclusas recién llegadas deberán tener facilidades para ponerse en contacto con sus familiares; acceso a asesoramiento jurídico; información sobre las normas y reglamentos penitenciarios, el régimen penitenciario y dónde buscar ayuda cuando la necesiten en un idioma que entiendan; y, en el caso de las extranjeras, acceso también a los representantes consulares.
"Regla 6. El examen de salud de las reclusas incluirá un examen exhaustivo para determinar las necesidades de atención médica primaria, y también determinará:
e) Los abusos sexuales y otras formas de violencia que se hayan podido sufrir antes del ingreso".

sexuales no vuelvan a ser traumatizadas en el transcurso de su encarcelamiento.

La delegación del CPT comprobó que en el Centro Penitenciario de Mujeres de Ávila no se realizaban, en general, reconocimientos médicos de violencia sexual y de género ni de antecedentes de salud reproductiva. La dirección del centro penitenciario reconocía la importancia de desarrollar programas para las mujeres y citaba un estudio reciente que había constatado que entre el 70 y el 75% de las mujeres encarceladas habían sido víctimas de violencia de género grave y que otro 9,6% había sufrido alguna otra forma de violencia.⁹⁴ Sin embargo, no se ofrecía asesoramiento ni cursos sobre víctimas de violencia, y el llamado plan de tratamiento individual no documentaba, promovía ni reflejaba tales necesidades. En el Centro Penitenciario Madrid VII se daba una situación similar; además, en este centro, varias mujeres se quejaron de que no se les había facilitado información clara sobre el funcionamiento del centro penitenciario en el momento de su ingreso, que no existía ningún folleto informativo sobre el establecimiento y que habían tenido que confiar en otras reclusas para que les informaran sobre las normas, procedimientos y horarios.

El CPT recomienda a las autoridades españolas que desarrollen los procedimientos de ingreso en todos los centros penitenciarios que albergan a reclusas para tener en cuenta las necesidades específicas de género de las reclusas. Esto debería incluir la detección de abusos sexuales u otras formas de violencia de género infligidas antes del ingreso en prisión y garantizar que dicha información se tenga en cuenta en la elaboración de un plan de atención para la mujer en cuestión. Además, deben tomarse medidas para garantizar que el procedimiento de ingreso se lleve a cabo siempre de forma exhaustiva.

Además, el CPT recomienda que todos los presos reciban un folleto informativo sobre el funcionamiento del establecimiento penitenciario.

126. El CPT comprobó que existían las mismas preocupaciones relacionadas con el registro y la notificación de las lesiones de las reclusas que de los reclusos. **Las recomendaciones del párrafo 58 anterior se aplican por igual a todas las reclusas.**

c. condiciones de detención

127. El Centro Penitenciario de Mujeres de Ávila estaba formado por un módulo de ingresos y cuatro pabellones de alojamiento a los que se accedía desde un pasillo central.

Las dos alas principales de alojamiento en régimen ordinario (Roja y Azul) tenían una disposición idéntica, con 64 celdas cada una en forma de L con vistas a un gran patio exterior de hormigón. Las celdas medían 9,5 m² y estaban equipadas con una litera, una mesa y silla(s), un armario y un inodoro y lavabo, que estaba separado del resto de la celda por un tabique (de 1,5 m de altura). El acceso a la luz natural era adecuado y la calefacción y la iluminación artificial suficientes. La planta baja de estas alas contenía una zona de asociaciones y aulas y el comedor. El patio era accesible durante todo el día y contaba con bancos, una zona protegida junto a la cafetería y una ducha e instalación sanitaria. En el momento de la visita, el módulo rojo acogía a 30 mujeres y el módulo azul ("*respeto*") a 27.

⁹⁴ Las cifras proceden de una evaluación de 2018 del programa "*SerMujer.es*" sobre violencia de género que se desarrolla en las cárceles españolas desde 2011. Ver también *Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía (APDHA)* Informe sobre la situación de las mujeres presas en España y Andalucía de marzo de 2020.

El ala de régimen cerrado (Verde) contenía 28 celdas amuebladas de la misma manera que las otras alas y alojaba a seis mujeres en el momento de la visita. El patio de ejercicios exterior de hormigón era austero y no tenía protección contra el sol o la lluvia.

El ala amarilla cumplía varias funciones, entre ellas la de albergar la enfermería. Contenía 13 celdas divididas en tres subunidades distintas y alojaba a siete mujeres: Celdas 1-5 para las presas sometidas a un régimen especial (artículo 91.3) o a una medida disciplinaria; Celdas 6-9: Celdas de observación (la celda 8 alojaba a una reclusa encargada de observar a las ocupantes de las celdas 7 y 9 a través de grandes ventanas transparentes en las paredes) y las celdas 10-13 para las internas de la enfermería. La celda 13 estaba equipada con una cama para fijar a los presos. Cada unidad tenía acceso a un pequeño patio; el patio para los presos del departamento especial era austero y no contenía medios de descanso (bancos) ni refugio contra el sol o la lluvia.

La unidad de admisión constaba de seis celdas con un equipamiento similar al de las celdas de otras alas. La mayoría de las mujeres sólo pasaban 24 horas en estas celdas antes de ser trasladadas a un ala de alojamiento. La unidad también contenía una celda acolchada.

El CPT recomienda que los patios de ejercicio al aire libre de las alas verde y amarilla estén equipados con un medio de descanso y un refugio contra el sol o la lluvia. Además, los patios deberían ser menos austeros.

128. En el momento de la visita, unas 31 de las 70 mujeres del Centro Penitenciario de Mujeres de Ávila realizaban algún tipo de actividad remunerada como Radio Brieva, servicios generales y un taller de elaboración de máscaras. Otras actividades habían sido suspendidas como los talleres de confección de alfombras y de pintura.

Se observó que casi ninguna de las 30 mujeres alojadas en el módulo rojo se dedicaba a ningún taller o actividad que no fuera la escuela, la limpieza y el servicio de comidas.

Además, no se ofrecían actividades profesionales que permitieran a las mujeres adquirir cualificaciones formales, facilitando su reintegración en la comunidad tras la liberación. El CPT considera que las autoridades españolas deberían ofrecer a las mujeres reclusas un mayor acceso a actividades y cursos de valor profesional en la comunidad y no sólo cursos estereotipados de género como costura y cocina.

El CPT también considera que cuando un preso clasificado en ^{primer} grado no desea participar en una actividad concreta, no se le debe privar de todas las actividades disponibles. Por ejemplo, a una mujer conocida en el Centro Penitenciario de Ávila, que se encontraba en el módulo verde, no se le permitió participar en ninguna actividad escolar o de biblioteca porque no quería participar en las actividades deportivas (gimnasio). De hecho, dado que esta reclusa se había roto las tibias (fractura distal de tibia) en enero de 2020, en un accidente de tráfico anterior al ingreso en prisión, había una razón válida para que no quisiera participar en actividades deportivas.

El CPT recomienda a las autoridades españolas que desarrollen la oferta de actividades para las mujeres reclusas con el fin de ofrecerles un trabajo remunerado y programas de formación profesional que ayuden a su reinserción en la comunidad. El CPT desearía que se le proporcionara una actualización del número de mujeres que participan en actividades con fines específicos a partir del 1 de junio de 2021, tanto en el Centro Penitenciario de Mujeres de Ávila como en el Centro Penitenciario Madrid VII.

Además, a los presos de un pabellón de régimen cerrado no se les debe negar el acceso a todas las actividades por el hecho de que no quieran participar en una actividad concreta.

129. Se organizan sesiones semanales de actividades para las mujeres con una enfermedad mental y para las mujeres que siguen el programa de conducta violenta PICOVI, pero se han suspendido otros programas, como la actividad terapéutica de pasear perros abandonados. La delegación del CPT también se sorprendió al saber que en una prisión exclusivamente de mujeres no era posible llevar a cabo el programa estructurado "*Ser mujer*", que pretendía abarcar, *entre otras cosas*, cuestiones de independencia económica, autoestima, asertividad, anticoncepción y salud mental. La razón fue la dificultad de encontrar un grupo cerrado de hasta 15 mujeres que pudieran inscribirse juntas en el programa durante 18 meses. Este enfoque parece bastante formalista y el CPT considera que debería haber un grado de flexibilidad para poder llevar a cabo el programa con un grupo ligeramente más pequeño y quizás de forma modular en segmentos de seis o nueve meses, si es factible. **El CPT agradecería los comentarios de las autoridades españolas sobre esta cuestión.**

d. servicios de atención sanitaria

130. En el Centro Penitenciario de Mujeres de Ávila, el equipo sanitario estaba formado por tres médicos de cabecera contratados en una clínica privada desde el 1 de septiembre de 2020⁹⁵, que visitaban el centro penitenciario por turnos todos los días laborables durante ocho horas y estaban de guardia los fines de semana. Contaban con el apoyo de tres enfermeras a tiempo completo y cinco enfermeras auxiliares a tiempo completo. No había un subdirector de salud y no se indicó si los médicos de cabecera seguirían visitando la prisión después de diciembre de 2020, cuando finalizaba el contrato vigente. Además, la prisión recibía la visita de un psiquiatra y un ginecólogo una vez al mes, y de un dentista dos veces al mes.

El CPT desea que se le confirme que ya se ha puesto en marcha una solución permanente para la prestación de servicios de médico de cabecera en el Centro Penitenciario de Mujeres de Ávila y que se ha nombrado a un subdirector de sanidad.

131. El examen médico realizado al ingreso en prisión de un recluso se llevó a cabo en un plazo de 24 horas e incluyó un cribado sobre el riesgo de suicidio y autolesiones, trastornos mentales, síntomas de abstinencia de sustancias y una serie de pruebas con especial atención a la sífilis, la tuberculosis, el VIH, la hepatitis B (VHB) y la hepatitis C (VHC). Positivamente, la historia clínica electrónica incluía una sección adicional relativa a la salud sexual y reproductiva.

En cuanto a los presos que presentan lesiones al ingresar en el establecimiento, hay que remitirse a los comentarios y a la recomendación del párrafo 58 anterior.

132. En general, la delegación del CPT comprobó que el acceso al servicio de asistencia sanitaria era fácil, que se respetaba el secreto médico de las consultas y la documentación y que el equipo médico era de buena calidad. Los medicamentos se almacenaban adecuadamente y la gama disponible era muy buena. El tratamiento para la hepatitis C y el VIH se ofrecía rápidamente una vez detectada la enfermedad.

⁹⁵. Entre diciembre de 2019 y junio de 2020, ningún médico de cabecera había visitado la prisión y de junio a septiembre de 2020 un médico visitó la prisión una vez cada dos semanas.

Una cuestión pendiente era que a los médicos de cabecera de la clínica privada no se les había concedido acceso sin trabas a los expedientes de salud primaria y del hospital local de las personas reclusas en la prisión, lo que repercutía negativamente en la continuidad de la atención. Esto no había sido un problema hasta diciembre de 2019, cuando los médicos de cabecera de la prisión habían sido empleados del Ministerio del Interior. **El CPT desearía recibir confirmación de que esta cuestión ya se ha resuelto.**

133. En el momento de la visita, 50 de las 70 mujeres recibían algún tipo de medicación psicotrópica. Esta situación provoca naturalmente una intimidación que, una vez detectada, suele dar lugar a que las reclusas más vulnerables tengan que tomar su medicación bajo supervisión y no en posesión. El CPT considera que muchas de estas reclusas podrían disminuir su dependencia de la medicación psicotrópica, o incluso interrumpirla, si la prisión contratara a un psicólogo clínico para ofrecer sesiones de psicoterapia.⁹⁶

También era lamentable que no existiera un programa PAIEM, ya que no se podía establecer una unidad distinta con un enfoque uniforme. Esto significaba que las mujeres con un trastorno mental estaban reclusas en el Módulo Rojo y, aunque la dirección de la prisión tenía en cuenta su salud mental cuando se cometían faltas disciplinarias, no siempre imponiendo una sanción, esto creaba fricciones con las demás mujeres del módulo. **El CPT agradecería los comentarios de las autoridades españolas sobre estas dos cuestiones.**

134. En el Centro Penitenciario de Mujeres de Ávila, la dirección reconocía que los cortes y otras formas de autolesión eran frecuentes entre las reclusas y, por tanto, los actos de autolesión no se castigaban con una sanción disciplinaria. Sin embargo, en el Centro Penitenciario Madrid VII y en otros centros penitenciarios que acogen a mujeres, parece que muchos funcionarios de prisiones consideran que la alta prevalencia de autolesiones por parte de las reclusas es un mero intento de llamar la atención y consideran que debe tratarse con severidad para evitar que se produzcan en el futuro.

El Comité ya ha tenido ocasión de insistir en el hecho de que los actos de autolesión o incluso los intentos de suicidio reflejan muy a menudo dificultades o situaciones psicológicas o psiquiátricas que deben ser tratadas desde un punto de vista terapéutico, en lugar de ser castigadas. Es urgente que las autoridades penitenciarias pongan en práctica una política de prevención y reducción de las autolesiones. Para ello es necesario, en primer lugar, identificar a los reclusos de riesgo, empezando por el proceso de ingreso, y posteriormente gestionar a los reclusos identificados como de riesgo. Dicha política debe complementar el examen de género que se realiza en el momento del ingreso y servir de base para el establecimiento de planes de atención individuales que, a su vez, deben proporcionar a las mujeres el apoyo, la atención sanitaria y el asesoramiento adecuados.

El CPT recomienda a las autoridades españolas que adopten una política de prevención y reducción de las autolesiones de las reclusas y que la instauren en todos los establecimientos, y que las mujeres que se autolesionen reciban el apoyo necesario por parte del personal. Las personas que se autolesionan o que corren el riesgo de autolesionarse deben ser tratadas siempre desde un punto de vista terapéutico y no punitivo.

⁹⁶ Los dos psicólogos de la prisión no estaban autorizados a ofrecer ningún tipo de psicoterapia y, de hecho, pasaban la mayor parte de su tiempo trabajando con hombres adultos en la comunidad que cumplían una condena alternativa.

Además, a la luz de la prevalencia de los incidentes de autolesión por parte de las reclusas, **el personal que trabaja con ellas debe recibir formación específica para identificar e interactuar con las mujeres que corren el riesgo de autolesionarse o de intentar suicidarse,⁹⁷ haciendo hincapié en la desescalada y en la creación de relaciones en lugar de la contención y el aislamiento.**

135. Como se ha mencionado anteriormente, la celda 8 del ala amarilla estaba ocupada por una reclusa a la que se le encomendó la tarea de observar a las dos mujeres alojadas a ambos lados de su celda a través de una gran ventana de cristal en cada pared, ya que se consideraba que eran vulnerables y corrían el riesgo de autolesionarse o intentar suicidarse. La reclusa no estaba capacitada para esa labor. Además, si bien puede ser apropiado que los presos reciban formación para desempeñar un papel de mentores para apoyar a los presos vulnerables, el CPT considera que ningún preso debería ser responsable de supervisar a otro preso que se considere en riesgo de intentar suicidarse.

El CPT recomienda a las autoridades españolas que dejen de encargar a los presos que actúen como observadores permanentes de otros presos que corren el riesgo de cometer un acto de autolesión o de suicidio y que esa tarea se encomiende a miembros del personal capacitados.

e. otras cuestiones

136. En todas las prisiones visitadas había personal de ambos sexos, lo que, por regla general, el CPT apoya, ya que la presencia de personal masculino y femenino puede tener un efecto beneficioso tanto en términos del ethos de la custodia como en el fomento de un grado de normalidad en un lugar de detención. Sin embargo, es esencial que todo el personal de custodia que trabaje en prisiones o unidades de detención de mujeres reciba formación específica en materia de género.⁹⁸

El hecho de que muchas reclusas hayan sido objeto de violencia sexual y de género antes de ser encarceladas y de que, estadísticamente, tengan en general una mayor prevalencia que los reclusos de la drogodependencia, las autolesiones y las enfermedades mentales, hace que sea esencial que cualquier política sensible al género incluya una formación especializada para el personal. El personal masculino que trabaja con las reclusas debe entender cómo sus acciones pueden ser percibidas por una mujer que ha sido víctima de violencia sexual o de género.

Dentro de las prisiones que albergan a mujeres, deben establecerse políticas que garanticen que al menos la mitad del personal de custodia sean mujeres y deben hacerse esfuerzos para promover y alentar a las mujeres oficiales de custodia a asumir funciones de gestión, como la de jefe de servicio.

El CPT recomienda que todo el personal de custodia que trabaje con reclusas reciba formación específica en materia de género. Además, debería predominar la proporción global

⁹⁷ Véase también la ficha técnica del CPT sobre las mujeres detenidas, sección 5: Gestión penitenciaria, dotación de personal y formación con perspectiva de género - CPT/Inf(2018)5.

⁹⁸ Véanse las Reglas 29 a 33 y la Regla 35 de las Reglas de Bangkok.

de funcionarias de prisiones con respecto a los funcionarios de prisiones masculinos que trabajan en las prisiones y unidades de detención de mujeres, y especialmente el número de *directoras de prisiones (Jefe de servicios)*. El CPT desearía recibir un desglose de tales ratios tanto para las prisiones de mujeres como para los módulos 9 y 10 del Centro Penitenciario Madrid VII.

137. El sistema disciplinario descrito en el apartado 2.g.ii se aplica igualmente a las reclusas.

En el Centro Penitenciario de Mujeres de Ávila, se respetaron los procedimientos disciplinarios y se ofreció a las reclusas la oportunidad de comentar la sanción propuesta que se les imponía, y las sanciones parecían proporcionadas. También es positivo que las mujeres que se autolesionan no sean objeto de una sanción disciplinaria.

138. En cuanto a los contactos con el exterior, la situación en el Centro Penitenciario de Mujeres de Ávila era la misma que en los centros penitenciarios masculinos visitados, habiéndose suspendido las visitas familiares abiertas y las visitas íntimas debido a la pandemia del COVID-19. Como compensación a esta situación, a la mayoría de las mujeres se les ofrecía dos videollamadas al mes de 10 minutos de duración cada una. Por el contrario, las mujeres entrevistadas en el Centro Penitenciario Madrid VII manifestaron que no recibían dos videollamadas al mes y las extranjeras procedentes de Sudamérica se quejaron de que se había hecho caso omiso a sus peticiones de realizar las llamadas por la tarde y no por la mañana debido a la diferencia horaria.

Dado que las reclusas tienen muchas más probabilidades que los reclusos de ser los principales cuidadores de los hijos que puedan tener, es importante que se hagan todos los esfuerzos posibles para promover los contactos entre una madre y su(s) hijo(s). En este sentido, el CPT considera que para las reclusas extranjeras y para las mujeres cuyas familias viven a gran distancia de Ávila, la opción de que se les ofrezcan dos videollamadas al mes de 10 minutos de duración cada una, utilizando tecnologías VoIP, debería mantenerse incluso después de que la pandemia haya terminado y se reanuden las visitas presenciales.

El CPT recomienda que se siga ofreciendo el acceso a las tecnologías de voz por Internet (VoIP) a las reclusas extranjeras y a otras mujeres cuyas familias viven a gran distancia de la prisión en la que se encuentran.

C. Hospitales psiquiátricos penitenciarios

1. Observaciones preliminares

139. En el transcurso de la visita de 2020, la delegación del CPT visitó por primera vez desde 2003 los dos hospitales psiquiátricos penitenciarios (PPH) de Alicante y Sevilla.⁹⁹ Se examinó el tratamiento y las condiciones de vida de los pacientes psiquiátricos forenses en estos establecimientos, así como las garantías legales que se les ofrecen en el contexto de su internamiento.

140. El marco legal que regula el ingreso de los pacientes forenses en un PPH está regulado por el Código Penal español (CP).¹⁰⁰ Se puede imponer una medida de seguridad privativa de libertad a las personas que, en el curso de un proceso penal, hayan sido declaradas por un tribunal como no responsables, ya sea total (según el artículo 101 del CP)¹⁰¹ o parcialmente (según el artículo 104 del CP)¹⁰², de un delito.¹⁰³ Además, por decisión de un juez, los presos preventivos también pueden ser ingresados en estos centros para la evaluación de su estado mental en virtud de los artículos 381 y 991 a 994 del Código de Procedimiento Penal (CP). Además, los presos condenados pueden ser trasladados a un PPH para recibir tratamiento si desarrollan un trastorno mental después del encarcelamiento, de conformidad con el artículo 60 del CP.¹⁰⁵ duración de la medida de seguridad varía, pero no puede exceder la duración total de la infracción penal imponible para el delito en cuestión¹⁰⁶ y la medida está sujeta a una revisión anual *de oficio* por la autoridad judicial

⁹⁹. Además, bajo la autoridad de las autoridades regionales catalanas, también funcionaba una unidad psiquiátrica forense dentro de la prisión de Brians I.

¹⁰⁰. El artículo 96 del CP contempla las siguientes tres medidas de seguridad privativas de libertad: 1) internamiento en una institución psiquiátrica; 2) internamiento en un centro de desintoxicación; 3) internamiento en un centro de educación especial.

¹⁰¹. El artículo 101 del CP establece que a las personas exentas de responsabilidad penal se les puede imponer una medida de seguridad de internamiento médico o educación especial en una institución para el tratamiento de trastornos mentales.

¹⁰². El artículo 104 del CP establece que en caso de exención incompleta de la responsabilidad penal, a una persona se le puede imponer una medida de internamiento además de la correspondiente condena penal.

¹⁰³. De acuerdo con el artículo 20 del Código Penal español "*No serán penalmente responsables las siguientes personas*

1) Los que en el momento de cometer un delito, por cualquier anomalía o alteración mental, no puedan comprender el carácter ilícito del hecho, ni actuar conforme a esa comprensión. El trastorno mental transitorio no será causa de exoneración de la pena cuando haya sido provocado por el sujeto para cometer el delito, o cuando hubiera querido o debido prever su comisión. 2) El que, en el momento de cometer un delito o falta, se encuentre en estado de intoxicación absoluta por consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas y estupefacientes, psicotrópicos u otras sustancias que produzcan efectos similares, siempre que dicho estado no haya sido buscado para cometerlo, o cuando hubiera podido o debido prever que se iba a cometer, o cuando se encuentre bajo la influencia de un síndrome de abstinencia, debido a su dependencia de dichas sustancias, que le impida comprender la ilicitud del hecho, o actuar conforme a dicha comprensión. 3) El que, por padecer alteraciones de la percepción desde el momento del nacimiento, o desde la infancia, tenga gravemente alterada la conciencia de la realidad." Por otra parte, el artículo 21 del Código Penal prevé también circunstancias atenuantes de la responsabilidad penal, que se aplican a quienes, aun no reuniendo todos los requisitos necesarios para quedar exentos de responsabilidad, están afectados por algunas de las circunstancias enumeradas en el artículo 20 del Código Penal.

¹⁰⁴. De acuerdo con el artículo 6, párrafo 1 del CP las medidas de seguridad "*se basan en el riesgo penal del sujeto al que se imponen por la comisión de un acto tipificado como delito.*"

¹⁰⁵. El artículo 60 del CP regula la suspensión de la pena ante el juez de vigilancia competente respecto de un condenado que haya desarrollado un trastorno mental durante su encarcelamiento y la imposición de una medida de seguridad de carácter privativo de libertad con vistas a su tratamiento obligatorio tras el cual el resto de la pena se cumpliría normalmente en un establecimiento penitenciario.

¹⁰⁶. De conformidad con el artículo 6, apartado 2, del CC.

competente (véase el apartado 169).¹⁰⁷

141. Como se menciona en el párrafo 139, los PPH de Alicante y Sevilla son las únicas instituciones psiquiátricas forenses bajo la jurisdicción de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP) del Ministerio del Interior que acogen a pacientes forenses sujetos a una medida de seguridad o evaluación mental. Dicho esto, los pacientes forenses¹⁰⁸ también pueden ser alojados en un módulo especial de los establecimientos penitenciarios ordinarios. En el momento de la visita de septiembre de 2020, había aproximadamente 550 pacientes forenses alojados bien en uno de los dos PPH o en diversas prisiones.¹⁰⁹

El PPH de Alicante,¹¹⁰ que consiste en un establecimiento independiente, está situado fuera del perímetro del complejo penitenciario de Alicante Foncalent, a siete kilómetros al oeste de la ciudad. Acogía a 268 pacientes forenses, entre ellos 33 mujeres, para una capacidad de 324 plazas en el momento de la visita. Siete pacientes estaban siendo evaluados como presos preventivos, 29 como condenados, 30 eran considerados parcialmente responsables penalmente¹¹¹ y 202 no responsables penalmente.¹¹² El establecimiento constaba de cuatro módulos residenciales de dos plantas (nº 1-4), uno de los cuales, recientemente renovado, se utilizaba como zona de cuarentena para los casos sospechosos de COVID-19, un módulo de agudos (nº 5), un módulo de ingreso (nº 7) y una enfermería. Cada módulo residencial disponía de su propio patio decorado, instalaciones comunes y talleres. Además, un "patio de naranjas" adicional y un campo de fútbol estaban en uso para todo el establecimiento. El establecimiento acogía a pacientes condenados por los tribunales de todas las comunidades autónomas de España, a excepción de Andalucía, Extremadura y Canarias, así como de los territorios de Ceuta y Melilla, y era el único establecimiento para el tratamiento de pacientes forenses mujeres.

El PPH de Sevilla¹¹³ está situado dentro del perímetro del complejo penitenciario Sevilla I, en las inmediaciones de Torrepalma, a 17 kilómetros al este de la ciudad. En el momento de la visita albergaba a 157 pacientes forenses varones para una capacidad de 174 plazas. De ellos, 109 eran considerados no responsables penalmente, 25 parcialmente responsables penalmente, seis en evaluación de prisión preventiva, 16 con sentencia conmutada en una medida y un preso condenado estaba en evaluación. El establecimiento reproduce la estructura arquitectónica de una prisión ordinaria española con cuatro módulos (números 1 a 4), distribuidos radialmente alrededor de una sala de observación central y que comparten el mismo diseño en cuanto a salas comunes, patio y talleres. Un amplio campo de deportes al aire libre, equipado con un campo de fútbol, un patio y un jardín, estaba a disposición de todos los pacientes. El módulo 2 servía tanto de módulo de agudos como de admisión. El establecimiento acoge principalmente a pacientes procedentes de Andalucía, Extremadura y Canarias, así como de los territorios de Ceuta y Melilla.

¹⁰⁷. De acuerdo con el artículo 98, párrafo 1, del CC.

¹⁰⁸. El artículo 96 del CP se refiere a "instituciones psiquiátricas" sin hacer referencia directa a los PPH. El artículo 11, párrafo 2, de la Ley Orgánica Penitenciaria hace referencia a las instituciones psiquiátricas especiales. El funcionamiento de los PPH se regula en los artículos 183-191 del Reglamento Penitenciario (RP).

¹⁰⁹. Es decir, 268 en el PPH de Alicante, 157 en el PPH de Sevilla y aproximadamente 130 en los módulos del PAIEM en diversos establecimientos penitenciarios ordinarios.

¹¹⁰. El establecimiento fue inaugurado en 1984.

¹¹¹. De acuerdo con las disposiciones pertinentes del artículo 104 del CC.

¹¹². De conformidad con el artículo 101 del CC.

¹¹³. El establecimiento fue inaugurado en 1990.

142. A este respecto, cabe señalar que los centros de salud mental forense son responsabilidad de la SGIP. Al CPT le preocupa la falta de separación institucional y funcional entre estos establecimientos y los centros penitenciarios, y su repercusión en la ética y el enfoque que prevalecen en los hospitales forenses (véase el párrafo 150). **El Comité considera que los establecimientos psiquiátricos forenses, como los PPH, deberían gozar de plena separación institucional y funcional de la administración penitenciaria, habida cuenta del diferente ethos y perfil de personal que caracterizan a los establecimientos penitenciarios. Preferiblemente, en opinión del CPT, los PPH deberían estar bajo la responsabilidad del *Sistema Nacional de Salud*. El Comité desearía recibir los comentarios de las autoridades españolas sobre esta cuestión.**

143. En cuanto a las medidas preventivas en la lucha contra la enfermedad COVID-19 (véase también el párrafo 41), en ambos establecimientos existían medidas de precaución que consistían en: un periodo de cuarentena de 10 días para todos los nuevos ingresos en zonas específicas, el uso obligatorio de mascarillas por parte del personal y de los pacientes cuando participaban en actividades fuera del módulo, las visitas de los familiares se realizaban con separación física, el establecimiento de videollamadas con las familias, el escaneo de la temperatura corporal a la entrada del establecimiento. Además, la mayoría de los talleres y actividades ocupacionales y educativas en ambos establecimientos se habían suspendido y recién se estaban reanudando en el momento de la visita del CPT. Se habían puesto en marcha medidas alternativas en el PPH de Sevilla para que los profesores pudieran enviar lecciones y recibir tareas de los pacientes por Internet. No se había informado oficialmente de ningún paciente infectado por el virus Sars-Cov-2 desde el estallido de la pandemia.¹¹⁴

¹¹⁴ El informe de la autopsia de un paciente que había fallecido en el PPH de Alicante en marzo de 2020 por una parada cardíaca hacía referencia al Covid-19 como una de las posibles causas de la muerte.

2. Malos tratos

144. Los pacientes entrevistados por la delegación del CPT en ambos PPH fueron, en general, positivos sobre la forma en que fueron tratados por el personal. Sin embargo, en ambos establecimientos se recibieron algunas denuncias de malos tratos físicos, especialmente de golpes con porras de goma y de inmovilizaciones dolorosas e inadecuadas para contener a pacientes muy agitados. Además, se registraron lesiones compatibles con el supuesto recurso a la fuerza excesiva en los correspondientes informes de incidentes tras el examen del personal sanitario.

Además, mediante el examen de la correspondiente grabación de CCTV del recurso a los medios de contención, la delegación descubrió un caso de malos tratos a un paciente en el PPH de Sevilla. El 21 de julio de 2020, este paciente fue sometido a bofetadas y puñetazos por un miembro del personal de seguridad tanto en el momento de su sujeción como durante la fijación mecánica con correas a una cama en una celda de fijación del módulo 2. Diez compañeros del funcionario estaban presentes cuando se produjeron estos malos tratos. Una vez informado, el Director del Hospital denunció el caso a la SGIP. Se inició una investigación interna, se destituyó al subdirector de seguridad por no denunciar los hechos y se remitió el asunto al juez de guardia para que estudiara los aspectos penales del caso. Además, mediante comunicación del 19 de enero de 2021, el CPT fue informado por la SGIP de que se había iniciado un procedimiento disciplinario con respecto a los nueve miembros del personal que habían presenciado los malos tratos y que no los habían denunciado. El CPT desearía **recibir información actualizada sobre el estado de la investigación judicial mencionada, así como de los procedimientos disciplinarios.**

El CPT recomienda que las autoridades españolas reiteren a los funcionarios de prisiones de los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios de Alicante y Sevilla que todas las formas de maltrato a los pacientes, incluido el uso excesivo de la fuerza al sujetar a un paciente agitado, son poco profesionales e ilegales y serán objeto de las sanciones correspondientes.

El CPT recomienda que se revisen las tareas asignadas a los funcionarios de prisiones en los centros de salud mental forense, así como la formación impartida a todo el personal de dichos centros (véase también el párrafo 162).

145. Los *episodios de violencia entre pacientes* no eran infrecuentes en ambos establecimientos, como indican los correspondientes informes *de incidentes y parte de lesiones*, así como los testimonios de los pacientes entrevistados por la delegación. Dichos episodios se referían principalmente a pacientes agitados afectados por una posible esquizofrenia resistente al tratamiento, que experimentaban con frecuencia episodios psicóticos y de agitación debido, entre otras cosas, a su resistencia a la medicación prescrita, y que eran propensos a agredir a otros pacientes, tanto en el patio como en las zonas comunes. En general, el personal de custodia reaccionaba rápidamente ante estos incidentes, los pacientes eran trasladados al módulo de agudos correspondiente y se elaboraban informes detallados de los incidentes (que incluían las lesiones sufridas por los pacientes y el personal) y se enviaban al juez de vigilancia competente.

3. Condiciones de vida de los pacientes

146. En su informe sobre la visita periódica de 2003 a España, el CPT había establecido las normas mínimas en cuanto a las condiciones materiales que deberían ofrecerse a los pacientes alojados en instituciones psiquiátricas forenses. Éstas deberían consistir, en primer lugar, en proporcionar un espacio vital suficiente por paciente, así como una iluminación, calefacción y ventilación adecuadas, manteniendo el establecimiento en un estado de conservación satisfactorio y cumpliendo los requisitos generales de higiene. También debe prestarse atención a la decoración de las habitaciones de los pacientes y de las zonas de recreo. Es muy deseable que se disponga de mesillas de noche y armarios, y que se permita a los pacientes guardar ciertos objetos personales (fotografías, libros, etc.). También es importante que los pacientes dispongan de un espacio con cerradura en el que puedan guardar sus pertenencias; la falta de este servicio puede afectar a la sensación de seguridad y autonomía del paciente.

Además, el artículo 191, párrafo 1, del Reglamento Penitenciario (RP) estipula que el diseño de los PPH debe tener en cuenta factores como las necesidades terapéuticas de los pacientes y se debe proporcionar espacio suficiente para sus actividades de rehabilitación. Las puertas metálicas de las celdas y los barrotes metálicos horizontales de las ventanas, que existen en todos los módulos de ambos PPH, no favorecen claramente la creación de un entorno verdaderamente terapéutico y proporcionan claros puntos de ligadura.

147. En el PPH de Alicante, los pacientes de los cuatro módulos residenciales principales estaban alojados en celdas individuales (de unos 10 m²) o dobles (de unos 13 m²) de buen tamaño y en algunas celdas de cuatro camas (de unos 22 m²), que tenían un acceso satisfactorio a la luz natural y estaban bien ventiladas. La mayoría de las celdas estaban equipadas con camas, mesas, armarios y sillas. Sin embargo, el anexo sanitario de la celda no estaba completamente dividido. La delegación del CPT fue informada de que, además de la reciente remodelación del Módulo 1, se preveía la instalación de celdas con ducha en el resto de los módulos.

Las condiciones de las 30 celdas del módulo de agudos de dos plantas eran austeras y las celdas sólo estaban equipadas con camas fijadas al suelo y aseos a ras de suelo y no disponían de espacio de cierre ni decoración, lo que hacía que el entorno fuera bastante impersonal para los pacientes que podían pasar periodos prolongados en el módulo.¹¹⁵ Las zonas comunes de los módulos y las instalaciones exteriores estaban adecuadamente decoradas y proporcionaban un ambiente relativamente relajante. La delegación del CPT fue informada de que se había adoptado un plan de reforma de 3,8 millones de euros para la renovación de todas las celdas de los módulos 2 y 3. Mediante carta recibida el 19 de enero de 2021, las autoridades españolas informaron al Comité de sus planes de construir un nuevo hospital psiquiátrico forense en la zona de Valencia, lo que implicaría el cierre del PPH de Alicante.

¹¹⁵ Doce pacientes fueron alojados en el módulo de agudos del PPH de Alicante bajo diferentes medidas como la reclusión, el protocolo de prevención de suicidios y la valoración judicial de la salud mental en el contexto de la prisión preventiva.

Aunque con un diseño similar, los cuatro módulos del PPH de Sevilla ofrecían en general un entorno más carcelario y austero; las celdas de dos y cuatro camas, que medían respectivamente 10m² y 16m², eran estrechas e impersonales, carecían de cualquier tipo de decoración y estaban mal amuebladas (es decir, sólo con camas y pequeños armarios y sin espacio para cerrar con llave ni timbre). El acceso a la luz natural era escaso y la iluminación artificial a menudo funcionaba mal en las celdas. Las zonas comunes situadas en la planta baja del establecimiento, que consistían en una sala de recreo/refectorio, patios y talleres, también eran impersonales, y su diseño era inequívocamente carcelario y estrecho. Esto creaba inevitablemente un ambiente ruidoso y resonante, que no contribuía a la rehabilitación terapéutica de los pacientes, teniendo en cuenta que pasaban la mayor parte del día fuera de sus celdas. Mediante carta recibida el 19 de enero de 2021, las autoridades españolas informaron al Comité del plan de traslado del PPH de Sevilla a los locales de la actual prisión femenina de Alcalá de Guadaíra, a la espera de su remodelación.

El CPT recomienda que, a la espera de la reubicación de los pacientes psiquiátricos en los nuevos establecimientos de Valencia y Alcalá de Guadaíra, se realicen esfuerzos para proporcionar a los pacientes de los PPH de Alicante y Sevilla unas condiciones materiales propicias para su tratamiento y bienestar. Cabe recordar que esto implica, en primer lugar, proporcionar un espacio vital suficiente por paciente, así como una iluminación, calefacción y ventilación adecuadas, manteniendo el establecimiento en un estado de conservación satisfactorio y cumpliendo los requisitos generales de higiene. También debe prestarse atención a la decoración de las habitaciones y zonas de recreo de los pacientes. Sería muy conveniente disponer de mesillas de noche y armarios, y debería permitirse a los pacientes conservar ciertos objetos personales (fotografías, libros, etc.). También es importante que los pacientes dispongan de un espacio con cerradura en el que puedan guardar sus pertenencias; la falta de este servicio puede afectar a la sensación de seguridad y autonomía del paciente.

Además, el CPT recomienda a las autoridades españolas que respeten estrictamente los principios mencionados en el transcurso de la construcción y remodelación previstas de los futuros establecimientos psiquiátricos forenses. Asimismo, desea que se le informe del calendario preciso de construcción y puesta en servicio de estos nuevos establecimientos.

148. En los PPH de Alicante y Sevilla, varios pacientes se quejaron a la delegación de que la comida que se les distribuía en los respectivos comedores, que por lo general era suficientemente variada y nutritiva, se servía fría, ya que era entregada por los respectivos establecimientos penitenciarios adyacentes.

El CPT recomienda que las autoridades españolas se aseguren de que la comida que se suministra a los pacientes de los PPH de Alicante y Sevilla se distribuye a una temperatura adecuada.

4. Tratamiento

149. Como se menciona en el párrafo 142, la filosofía que subyace a la creación de los PPH es la de proporcionar seguridad y custodia a los pacientes forenses y tratamiento para su rehabilitación en cooperación con agentes externos de la comunidad.¹¹⁶ En este sentido, ambos establecimientos se esforzaban por cumplir con los predicamentos mencionados, pero esos esfuerzos se veían obstaculizados, en particular, por la grave escasez crónica de personal en puestos clave (véase el párrafo 160), el diseño carcelario de los locales y el régimen de tipo carcelario. En particular, la delegación del CPT tuvo la clara impresión de que el refuerzo de los niveles de personal, especialmente de psiquiatras, enfermeras y terapeutas ocupacionales, en ambos PPHs contribuiría a un mejor entorno terapéutico y a aliviar a los pacientes de la frustración de estar sujetos principalmente a intervenciones farmacológicas.

a. atención a la salud mental

150. La filosofía de tratamiento de los pacientes forenses alojados en los PPH refleja la falta de separación institucional y funcional entre los PPH y las prisiones ordinarias. En consecuencia, esto tiene un impacto en el ethos y el enfoque que prevalece en los PPH. Por lo tanto, no es de extrañar que el tratamiento de los pacientes forenses en ambos establecimientos consistiera principalmente en la farmacoterapia. La falta crónica de psiquiatras, psicólogos, enfermeros y terapeutas ocupacionales afectó al nivel y la calidad de la atención prestada a los pacientes, lo que dio lugar a un tratamiento poco individualizado de los mismos. Además, los dos PPH no tenían un enfoque terapéutico especializado específico en la diferenciación de los módulos en función del perfil diagnóstico de los pacientes, su edad o la duración de la medida de seguridad.¹¹⁷

El CPT considera que, al adoptar el necesario cambio de enfoque de la filosofía carcelaria imperante en los PPH, se debe prestar la debida atención al nivel y la calidad de la atención psiquiátrica que se ha de proporcionar a los pacientes en términos de un enfoque más individualizado de su tratamiento. Esto consiste en una evaluación de las necesidades clínicas, así como una evaluación de riesgos basada en un juicio profesional estructurado y la identificación de objetivos de tratamiento en consulta con el paciente y un enfoque multidisciplinar. Además, debe darse preferencia a los programas de tratamiento cognitivo-conductual individuales y de grupo, centrados en la resolución de problemas y en el desarrollo de habilidades interpersonales. **El CPT recomienda que las autoridades españolas consideren seriamente un muy necesario cambio de paradigma en el tratamiento de los pacientes forenses basado en los principios mencionados.**

¹¹⁶. Tal y como se recoge en el artículo 189 del RP.

¹¹⁷. En el PPH de Alicante, el módulo 2 se caracterizaba informalmente por un perfil más crónico, mientras que el módulo 3 tendía a acoger a pacientes más conflictivos. En el PPH de Sevilla no había una diferenciación particular entre los módulos, con la excepción del módulo 2 designado como agudo y un ala del módulo 4 asignada a pacientes de edad avanzada.

151. La delegación del CPT tuvo la impresión de que los pacientes alojados en el PPH de Alicante no parecían estar excesivamente sedados ni sufrir efectos secundarios graves. Sin embargo, en el PPH de Sevilla, varios pacientes mostraban claros signos de sobremedicación (es decir, dificultad para hablar y movimientos incontrolados) y el 74% de los pacientes¹¹⁸ recibían prescripciones regulares de benzodiazepinas, lo cual es poco probable que se justifique sobre la base de sus diagnósticos y presentación, dado que las benzodiazepinas están indicadas principalmente en el tratamiento de los trastornos de ansiedad y el insomnio.

En ambos establecimientos, se disponía de una amplia gama de medicamentos antipsicóticos de nueva generación y las historias clínicas se elaboraban adecuadamente y las prescripciones se revisaban periódicamente. Los análisis de sangre para el tratamiento con clozapina (20 pacientes en el PPH de Alicante y 4 en el de Sevilla) parecían realizarse con regularidad, aunque los registros no siempre eran claros al respecto. Dicho esto, la delegación del CPT descubrió que a varios pacientes se les prescribían dosis elevadas de medicación antipsicótica o combinaciones de más de un antipsicótico distinto de la clozapina. Esto puede sugerir un diagnóstico de esquizofrenia resistente al tratamiento. En principio, las directrices internacionales¹¹⁹ sobre el tratamiento de esta enfermedad recomiendan el uso de clozapina como el agente más eficaz. En opinión del CPT, las autoridades españolas deberían considerar la adopción de esta orientación basada en la evidencia, teniendo en cuenta la necesidad de realizar análisis de sangre periódicos siempre que los pacientes estén tomando clozapina. **El CPT recomienda que las autoridades españolas revisen el tratamiento que se ofrece a los pacientes con esquizofrenia resistente al tratamiento, a la luz de las observaciones anteriores.**

152. En lo que respecta a la medicación de urgencia/tranquilización rápida administrada a los pacientes en casos de situaciones de emergencia, ésta era aceptable, pero existían prácticas diferentes en los dos SPP visitados que exigen la adopción de un protocolo uniforme a nivel nacional.¹²⁰

Como ocurre en gran medida en las prisiones españolas, los pacientes pudieron continuar e iniciar el tratamiento con agonistas opiáceos (TAO) en un PPH. En este sentido, había nueve pacientes en tratamiento con metadona y seis con suboxona en Alicante y un paciente en tratamiento con metadona y dos con suboxona en el PPH de Sevilla. Además, un elevado número de pacientes en ambos establecimientos estaban diagnosticados con consumo de sustancias y otros trastornos mentales (es decir, 161 en el PPH de Alicante y aproximadamente 115 en el PPH de Sevilla).

El CPT recomienda que se revisen las prescripciones de medicación regular de antipsicóticos y benzodiazepinas en el PPH de Sevilla a la luz de los comentarios anteriores. Preferiblemente, deberían adoptarse a nivel nacional protocolos de medicación estándar tanto para la medicación habitual como para la de urgencia de los pacientes forenses.

¹¹⁸ Es decir, 114 pacientes de 158.

¹¹⁹ Véase, por ejemplo, la Federación Mundial de Sociedades de Psiquiatría Biológica: Hasan A, Falkai P, Wobrock T, Lieberman, J, Glenthøj B, Gattaz WF, Thibaut F, Möller HJ & The WFSBP Task Force on treatment guidelines for schizophrenia (2012): "[Directrices de la Federación Mundial de Sociedades de Psiquiatría Biológica \(WFSBP\) para el tratamiento biológico de la esquizofrenia, Parte 1: Actualización 2012 sobre el tratamiento agudo de la esquizofrenia y el manejo de la resistencia al tratamiento](#)".

¹²⁰ En Sevilla se administraron inyecciones de haloperidol 10 mg, diazepam, clonazepam, olanzapina o aripiprazol, mientras que en Alicante la medicación de urgencia de la HPP consistió en olanzapina o haloperidol 10 mg junto con biperiden (para contrarrestar los efectos secundarios de los otros fármacos) y levopromazina 25 mg.

153. En opinión del CPT, el consentimiento para la hospitalización y el consentimiento para el tratamiento son dos cuestiones distintas y se debe pedir a los pacientes que expresen su posición sobre ambas cuestiones por separado. Como principio general, todas las categorías de pacientes psiquiátricos (es decir, voluntarios o involuntarios, civiles o forenses, con capacidad legal o legalmente incapacitados), deberían estar en posición de dar su consentimiento libre e informado al tratamiento. Es axiomático que el consentimiento al tratamiento sólo puede calificarse de libre e informado si se basa en una información completa, precisa y comprensible sobre el estado del paciente, el tratamiento que se propone y sus posibles efectos secundarios, así como sobre la posibilidad de retirar el consentimiento. Además, es esencial que todos los pacientes que han dado su consentimiento al tratamiento sean informados continuamente sobre su estado y el tratamiento que se les aplica y que se les coloque en posición de retirar su consentimiento en cualquier momento.

Además, todo paciente con capacidad de discernimiento debe tener derecho a rechazar un determinado tratamiento o cualquier otra intervención médica. Cualquier excepción a este principio fundamental debe basarse en la ley y referirse únicamente a circunstancias excepcionales clara y estrictamente definidas, y debe ir acompañada de las garantías adecuadas.

La gran mayoría de los pacientes entrevistados por la delegación en ambos establecimientos afirmaron claramente que no podían oponerse a la medicación prescrita sin enfrentarse a las consecuencias y estaba claro que esto constituía una fuente de frustración para ellos. Los pacientes alegaron que el personal de enfermería y médico recurría a diversos métodos disuasorios e intrusivos para convencerles de que tomaran su medicación, como la amenaza de quitarles ciertos beneficios (como el ejercicio al aire libre y las salidas terapéuticas) o de trasladarlos a los módulos de agudos o de ser acompañados por personal de custodia como forma de intimidación. El psiquiatra jefe del PPH de Sevilla se esforzó por explicar a los pacientes la necesidad de aceptar la medicación con vistas a su rehabilitación. En cambio, el personal médico del PPH de Alicante tenía la impresión de que la posibilidad de tratamiento forzoso estaba consagrada en la orden de internamiento impuesta por el tribunal para todos los pacientes forenses. Mediante carta recibida el 19 de enero de 2021, las autoridades españolas informaron al Comité de que la dirección de ambos PPH había recibido instrucciones claras de cumplir con la legislación nacional vigente en materia de derechos de los pacientes en lo que respecta a la búsqueda activa del consentimiento informado de los pacientes al administrar la medicación (véase el apartado 168).

En cuanto a los pacientes legalmente incapacitados (es decir, 17 en el hospital de Alicante y 23 en el de Sevilla), el personal del hospital de Sevilla informaba en principio a los respectivos tutores sobre la administración del tratamiento. No obstante, en el hospital de Alicante, el personal dijo que no recurría activamente a esta práctica. (véase también el apartado 168)

El CPT recomienda que las autoridades españolas introduzcan, tanto en la ley como en la práctica, el requisito de solicitar una segunda opinión psiquiátrica (es decir, de un psiquiatra que no esté involucrado en el tratamiento del paciente en cuestión) en cualquier caso en el que un paciente no consienta el tratamiento propuesto por los médicos del establecimiento. Esto debería aplicarse igualmente a los pacientes que no son capaces de dar su consentimiento informado aunque su tutor consienta el tratamiento, así como a los que tienen capacidad pero no consienten). Además, los pacientes deben poder impugnar una decisión de tratamiento obligatorio ante una autoridad independiente y deben ser informados por escrito de este derecho.

154. Había planes de tratamiento individualizados para todos los pacientes del hospital público de Sevilla y para alrededor del 60% de los pacientes del hospital público de Alicante. Dichos planes se revisaban en principio cada seis meses y eran objeto de discusión entre los pacientes y el personal antes de su adopción. Los planes revisados demostraban que se adoptaba un enfoque individualizado para la rehabilitación de los pacientes, especialmente en lo que respecta a una evaluación precisa de su comportamiento, los objetivos que debían alcanzarse en un plazo pertinente, la oferta de actividades de rehabilitación y la evaluación de los progresos.

155. Por lo que respecta a las intervenciones de rehabilitación psicosocial, tanto en el PPH de Alicante como en el de Sevilla se llevaron a cabo diversas actividades de grupo, que fueron impartidas por el equipo de psicólogos presentes en los hospitales, así como por agentes externos.¹²¹ No obstante, había pocas pruebas de intervenciones individuales¹²² y, a pesar de la buena voluntad del personal de tratamiento en ambos PPH, las intervenciones psicosociales que se ofrecían eran insuficientes. La aportación psicoterapéutica en ambos PPH parecía proporcionarse de forma ad hoc y faltaban evaluaciones estructuradas del riesgo de los pacientes, así como un tratamiento acorde con este riesgo y unas intervenciones de reducción del riesgo dirigidas a grupos y perfiles específicos de pacientes.

En lo que respecta a la terapia ocupacional y la educación, varios talleres¹²³ y clases escolares/educativas se fueron restableciendo poco a poco en ambos PPH tras su suspensión en marzo de 2020 y el posterior receso de verano. Varios pacientes participaban en actividades productivas y remuneradas en ambos establecimientos, así como en formación profesional.¹²⁵ Además, ambos establecimientos estaban equipados con instalaciones deportivas y recreativas adecuadas (es decir, un campo de fútbol y un gimnasio totalmente equipado) que estaban a disposición de los pacientes casi a diario.

El CPT recomienda que se realicen más esfuerzos para proporcionar a todos los pacientes de los PPH de Alicante y Sevilla un programa diario estructurado de actividades terapéuticas y de rehabilitación, basado en sus necesidades y capacidades individuales. En este sentido, debería considerarse la posibilidad de ampliar el alcance de las intervenciones psicoterapéuticas individuales, con el fin de involucrar a una mayor proporción de pacientes y adaptarse mejor a las necesidades de los mismos.

¹²¹. Un total de 84 pacientes (menos del 30%) en el PPH de Alicante y 40 pacientes (25%) en el PPH de Sevilla participaron en sesiones de grupo sobre tratamiento cognitivo-conductual, rehabilitación de la adicción a las drogas y al alcohol, preparación para la puesta en libertad, tratamiento de la patología dual y habilidades sociales que, en general, se organizaron con una periodicidad semanal.

¹²². Es decir, alrededor de una docena de pacientes en cada PPH participaron en la psicoterapia individual.

¹²³. Talleres de jardinería, cerámica, peluquería y costura en el PPH de Alicante y de jardinería, marquetería y lavandería en el PPH de Sevilla.

¹²⁴. Ambos establecimientos ofrecían clases de educación primaria y secundaria, español para extranjeros, inglés e informática.

¹²⁵. Un total de 35 pacientes en el PPH de Alicante y 25 en el de Sevilla tuvieron una actividad remunerada en trabajos de mantenimiento en los respectivos establecimientos. Además, en ambos PPH se ofreció formación profesional financiada por el Fondo Social Europeo sobre artesanía cerámica, jardinería y manipulación de alimentos.

156. En el marco de un enfoque gradual de la rehabilitación de los pacientes, de conformidad con el artículo 190 del RP, los dos establecimientos han desarrollado programas para ofrecer a los pacientes salidas terapéuticas con el personal, la familia o miembros de organizaciones externas. Estas salidas pueden ser de un día a tres meses y se ofrecen a un grupo o a un paciente individual. También pueden ofrecerse periodos más largos de licencia sin acompañamiento como parte del proceso de progreso hacia el alta. Las salidas terapéuticas son propuestas por el equipo multidisciplinar y aprobadas por el juez de vigilancia. **El CPT se congratula de estos esfuerzos y anima a la dirección de ambos PPH a seguir activamente esta vía en el futuro.**

b. atención sanitaria somática

157. El artículo 209 del RP establece que la atención primaria de los pacientes forenses alojados en los PPH será prestada por la SGIP y la atención especializada/secundaria por las autoridades sanitarias de la respectiva comunidad autónoma.

Los pacientes recién llegados fueron examinados al día siguiente de su ingreso en ambos establecimientos y el reconocimiento médico inicial incluía el registro y la descripción de las lesiones observadas, junto con cualquier prueba fotográfica, un ECG, un análisis de sangre y la detección del VHC, el VHB y el VIH. Posteriormente, todos los pacientes fueron sometidos a análisis de sangre periódicos cada seis meses.

Al igual que en los centros penitenciarios ordinarios de España, se proporcionó regularmente tratamiento antirretroviral para los pacientes seropositivos, así como tratamiento antiviral de acción directa (es decir, sin interferón) para el VHC, de acuerdo con el principio de equivalencia de la atención.

En general, la delegación del CPT se llevó una impresión positiva del nivel de atención sanitaria somática prestada a los pacientes en ambos PPH. Las condiciones de ambas enfermerías eran adecuadas, donde se alojaban principalmente pacientes de edad avanzada y encamados, y ambos establecimientos estaban equipados para la prestación de cuidados paliativos. La atención odontológica conservadora era proporcionada por dentistas visitantes y los registros médicos de los pacientes en formato electrónico contenían notas detalladas sobre el tratamiento y la medicación y eran satisfactorios.

158. En cuanto a la atención sanitaria especializada/secundaria, ambos establecimientos tenían un buen acceso a los hospitales locales de la comunidad y eran visitados regularmente por especialistas.¹²⁶ No obstante, ninguno de los dos PPH estaba integrado en el sistema electrónico de la autoridad sanitaria local, lo que provocaba retrasos técnicos e impedía compartir los resultados de las pruebas y las prescripciones de los pacientes en formato electrónico. **El CPT recomienda que los PPH de Alicante y Sevilla se integren en los sistemas electrónicos de las autoridades sanitarias locales.**

¹²⁶. Por ejemplo, oftalmólogos, traumatólogos y dietistas.

5. Recursos de financiación

159. El CPT considera que un requisito previo para mejorar la atención y el tratamiento de los pacientes recluidos en los dos PPH es el aumento de la dotación de psiquiatras, psicólogos, enfermeros y terapeutas ocupacionales. Ambos establecimientos tenían un número importante de vacantes en puestos clave que dificultaban seriamente la prestación de una atención psiquiátrica de alto nivel basada en un enfoque verdaderamente individualizado.

160. En el hospital público de Sevilla, sólo había un psiquiatra equivalente a tiempo completo (ETC) de los cinco puestos presupuestados; el apoyo lo proporcionaban tres psiquiatras con contratos temporales. Además, había un médico de familia a tiempo completo de los cuatro puestos presupuestados, ocho enfermeras a tiempo completo, un psicólogo a tiempo completo y dos terapeutas ocupacionales a tiempo completo.

La situación era aún más preocupante en el PPH de Alicante, donde sólo había un psiquiatra¹²⁷ ETC de los siete puestos presupuestados para 268 pacientes. Además, había un psicólogo ETC de cuatro puestos presupuestados y un terapeuta ocupacional de seis puestos presupuestados y siete enfermeras ETC. Esta baja dotación de personal tuvo un grave impacto en la prestación de atención a los pacientes. Además, los psiquiatras de ambos establecimientos estaban agobiados por la tarea de preparar evaluaciones psiquiátricas para las autoridades judiciales competentes.

El CPT recomienda que las autoridades españolas tomen medidas urgentes para aumentar los niveles de personal en los PPH de Alicante y Sevilla. En particular, la presencia de psiquiatras, psicólogos y terapeutas ocupacionales debería incrementarse urgentemente.

161. Al CPT le preocupa además la llamativa presencia permanente de un número importante de funcionarios de prisiones en los dos centros de salud mental. En Alicante, había una dotación de 66 funcionarios de prisiones y en Sevilla, 63 funcionarios de prisiones. En opinión del CPT, este estado de cosas es inaceptable para un establecimiento psiquiátrico, tanto para los pacientes como para el personal. La provisión de un entorno asistencial terapéutico adecuado requiere de personal debidamente formado y capaz de trabajar con personas con enfermedades mentales; los funcionarios de prisiones no están capacitados para llevar a cabo una tarea tan onerosa (véase también el párrafo 144). **El CPT recomienda a las autoridades españolas que sustituyan a un número importante de funcionarios de prisiones por personal de enfermería con formación especializada tanto en los PPH de Alicante como de Sevilla.**

162. El CPT ha subrayado en diferentes ocasiones la importancia de que se ofrezca una formación específica al personal que trabaja en los hospitales forenses, teniendo en cuenta el perfil particular de los pacientes alojados en ellos. En este sentido, la formación ofrecida al personal recién contratado (tanto de custodia como de tratamiento) en ambos PPH fue la misma que para el resto del personal empleado en los establecimientos penitenciarios ordinarios. Los módulos de formación general incluían aspectos relacionados con el tratamiento de pacientes con trastornos mentales y cuestiones de desescalada. No obstante, ambos PPH habían adoptado sus propios cursos de formación ad hoc para el personal recién contratado, centrados específicamente en los retos del trato con pacientes psiquiátricos, las técnicas de desescalada y el control manual de los pacientes

¹²⁷. Un segundo psiquiatra estaba de baja por enfermedad y un tercero estaba a punto de jubilarse.

agitados.

El CPT recomienda que la SGIP adopte módulos de formación específicos para el personal destinado a trabajar en los PPH, centrados en particular en los principios modernos de la psiquiatría forense, como la evaluación de riesgos, los entornos de tratamiento de los pacientes forenses y la eficacia de las intervenciones psicológicas y farmacológicas.

6. Seclusión, medios de contención y prevención del suicidio

163. El artículo 188 del RP regula las restricciones de libertad aplicables a los pacientes en función de su estado, así como la aplicación de medios de contención (como el uso de la fuerza física, incluidas las porras de goma, la reclusión y la fijación mecánica).¹²⁸ Estos medios de contención deben ser ordenados por los miembros del personal sanitario y de seguridad, respetando los principios de necesidad, proporcionalidad y residualidad. Además, la aplicación de cualquier medio de contención a los pacientes debe ser debidamente registrada y comunicada sin demora al juez de vigilancia competente para su aprobación. En cuanto a la ejecución de la fijación mecánica de los pacientes, es aplicable la misma Instrucción 03/2018 de la SGIP en uso en los centros penitenciarios ordinarios (ver párrafo 39).

164. En el PPH de Alicante se recurrió de forma moderada a medios de contención como el aislamiento y la fijación mecánica respecto a pacientes agitados en respuesta a episodios de violencia como altercados físicos con otros pacientes, autolesiones, etc. (es decir, 11 medidas de fijación en 2018, 16 en 2019 y 5 en 2020; una medida de aislamiento en 2018, 18 en 2019 y 13 en 2020).¹²⁹ Todas las medidas habían sido ordenadas por el psiquiatra o el médico de cabecera y a menudo los pacientes recibían medicación de tranquilización rápida sin consentimiento en el curso del incidente. La medida de aislamiento se cumplía en una de las celdas del módulo de agudos equipada con una cama metálica adosada al suelo y con inodoros y lavabos a ras de suelo. Durante el cumplimiento de la medida, los pacientes disponían de ejercicio diario al aire libre en el patio anexo o en el módulo de origen. Existían tres celdas equipadas con camas metálicas de diferentes tamaños y con circuito cerrado de televisión y grabación de audio en las que se ejecutaba la medida de fijación en cumplimiento de la Instrucción 03/2018 (es decir, colchón elevado, paciente colocado en posición boca arriba) y se realizaban controles físicos por parte del personal cada 30 minutos.

En el PPH de Sevilla, el recurso a medios de contención como el aislamiento y las medidas de fijación fue mayor, así como su duración (29 medidas de fijación en 2018, 19 en 2019 y 17 en 2020; 74 medidas de aislamiento en 2018, 53 en 2019 y 60 en 2020).¹³⁰ Se llevaron a cabo en dos celdas de la planta baja del Módulo 2 de agudos, desde las que los pacientes tenían acceso directo a un patio específico. Una de las celdas estaba siendo repintada y el suelo reparado en el momento de la visita. Varios pacientes dijeron a la delegación que habían sido fijados por razones punitivas y no terapéuticas; por ejemplo, por faltas disciplinarias como el robo de objetos o por negarse a recibir tratamiento. Además, afirmaron que se les había inyectado a la fuerza sin su consentimiento y sin que se les proporcionara una justificación clara. La revisión de varias grabaciones en vídeo de la fijación de los pacientes reveló que se respetaron los principios de la Instrucción 03/2018 en cuanto a la posición de la fijación y los controles visuales realizados por el personal. Dicho esto, en uno de los casos mencionados en el apartado 144, todo el episodio de control manual de un paciente ligeramente agitado no se gestionó de forma profesional y un funcionario de prisiones dio varios puñetazos al paciente después de haberlo fijado. Además, varios otros pacientes alegaron que el personal no respondió a sus peticiones de ser liberados para cumplir con las necesidades de la naturaleza (obligándoles a mojarse y ensuciarse), que habían sido sujetados en ropa interior y que habían sido medicados a la fuerza mientras estaban fijados.

¹²⁸. De acuerdo con el artículo 45 de la Ley Orgánica Penitenciaria de 1979.

¹²⁹. La duración máxima de las medidas de fijación en el curso de 2020 ascendió a 11 horas.

¹³⁰. La duración máxima de una medida de fijación aplicada en el PPH de Sevilla a lo largo de 2020 ascendió a dos días y en otras tres ocasiones se había aplicado de un día para otro.

Además, varios pacientes que mostraban un comportamiento desafiante fueron sometidos a prolongadas restricciones de libertad en cumplimiento del artículo 188, párrafo 2, del RP. Los pacientes estaban separados de los demás pacientes y sólo se les ofrecía una hora de ejercicio al aire libre en un patio exclusivo de diseño opresivo.¹³¹ No participaron en ninguna actividad de rehabilitación. La dirección del PPH de Sevilla comunicó a la delegación que se informaba regularmente al juez de vigilancia competente de la aplicación de la medida de limitación de la libertad como medida de cortesía, aunque no existía ninguna obligación legal, ya que la medida no era un medio de coerción. La delegación llegó a la conclusión de que la imposición de estas medidas durante un periodo tan prolongado sin garantías legales para el paciente, sin duración indefinida o sin una revisión judicial adecuada podría tener efectos perjudiciales para los pacientes. Por ejemplo, un paciente conocido había pasado casi cuatro meses bajo una medida tan restrictiva (es decir, del 1 de octubre de 2019 al 20 de enero de 2020) sin ningún contacto con otros pacientes y con una hora de ejercicio diario al aire libre solo en el patio adjunto. Mediante carta recibida el 19 de enero de 2021, las autoridades españolas informaron al Comité de que los psiquiatras de ambos PPH habían recibido instrucciones de observar un control más estricto sobre las restricciones prolongadas de la libertad aplicadas a los pacientes, de conformidad con el artículo 188, párrafo 2, del Reglamento Penitenciario de 1996.

El CPT considera que el recurso a la fijación mecánica de los pacientes forenses en el PPH de Sevilla conservaba elementos punitivos en algunos casos, y podía ir unido a la imposición de malos tratos físicos a los pacientes, a la medicación forzada y a los periodos prolongados de fijación con la denegación por parte del personal de la petición de un paciente de utilizar un retrete; de forma acumulada, estos elementos bien pueden constituir un trato inhumano y degradante.

El CPT recomienda que las autoridades españolas se aseguren de que la dirección del PPH de Sevilla tome medidas urgentes para cumplir con los principios expuestos en el párrafo 85 cuando se aplique una medida de fijación a la cama de un paciente.

165. En cuanto al registro y la revisión judicial de las medidas de contención aplicadas a los pacientes de acuerdo con el artículo 188, párrafo 3, del RP, los informes de incidentes junto con la documentación médica pertinente se pusieron regularmente en conocimiento de los jueces de vigilancia competentes de manera oportuna en ambos PPH. Dicho esto, como ha sido el caso en el pasado, la revisión judicial consistió en principio en una aprobación estándar razonada de la necesidad de cumplir con los principios de proporcionalidad en la aplicación de medidas restrictivas a los pacientes y avalar su aplicación. Además, la mayoría de las decisiones de los jueces de control examinadas por la delegación se emitieron hasta cinco semanas después de la aplicación de los medios de contención. En opinión del CPT, una revisión judicial de varias semanas *a posteriori* de la aplicación de una medida de contención intrusiva con respecto a un paciente forense agitado, basada en un procedimiento escrito, no sirve para salvaguardar los derechos de la persona en cuestión.

La delegación del CPT tuvo la impresión de que el papel desempeñado por los jueces de vigilancia seguía siendo de mero refrendo de las decisiones de la administración penitenciaria. Al parecer, los jueces de vigilancia no examinan la proporcionalidad ni la idoneidad de las medidas.

¹³¹. El patio (40 m²) estaba rodeado por un muro de hormigón de cuatro metros de altura y no disponía de ningún medio de descanso ni de refugio contra la lluvia o el sol.

El CPT recomienda que las autoridades españolas reiteren a los jueces de control la importancia de su papel como control imparcial e independiente de las prácticas en los PPH y no como autoridad de aprobación. En particular, el Comité solicita que las autoridades españolas transmitan esta recomendación por los cauces adecuados a los Servicios de Inspección del *Consejo General de Poder Judicial*. Además, las reuniones entre los pacientes y el juez de control competente deberían celebrarse siempre en privado.

166. El Estado tiene un deber de cuidado hacia todas las personas que priva de su libertad. En lo que respecta a los pacientes psiquiátricos involuntarios, este deber de asistencia exige medidas eficaces para evitar que los pacientes se causen daño a sí mismos. El hecho de que las autoridades no identifiquen a las personas con riesgo de suicidio, o no traten adecuadamente a las que han sido identificadas como de riesgo, constituiría una negligencia terapéutica. En ambos PPH, la Instrucción 05/14 sobre el programa de prevención del suicidio (PPS) estaba en vigor y se aplicaba con respecto a la observación de todos los pacientes recién ingresados, así como de aquellos evaluados con riesgo de suicidio. Consistía en la colocación de un paciente en una habitación bajo vigilancia por CCTV y la aplicación de una serie de limitaciones que el médico/psiquiatra decidía ad hoc.¹³²

En el PPH de Alicante, se habían producido dos suicidios por ahorcamiento en 2020 durante el periodo de cierre del COVID-19, cuando se habían interrumpido las actividades de rehabilitación, y en el PPH de Sevilla, un paciente se había suicidado por ahorcamiento durante su internamiento en el marco de un protocolo PPS. En opinión de la delegación, el hecho de que las habitaciones de ambos establecimientos tuvieran rejas horizontales en las ventanas era la principal fuente de preocupación en cuanto al riesgo de suicidio, además de la falta de personal señalada anteriormente.

Además, la delegación del CPT mantuvo serias preocupaciones con respecto al hecho de que los pacientes fueron, en algunos casos, privados de sus ropas así como de las sábanas mientras eran colocados bajo el protocolo PPS en ambos establecimientos, y no había ropa y sábanas antidesgarro a su disposición. Mediante carta recibida el 19 de enero de 2021, las autoridades españolas informaron a la delegación de que se habían suministrado mantas y batas térmicas antidesgarro a ambos PPH con el fin de proporcionárselas a los pacientes sometidos a un protocolo de prevención de suicidios.

El CPT se congratula de este hecho y recomienda a las autoridades españolas que tomen medidas para eliminar las barras horizontales colocadas delante de cada ventana de las celdas en los PPH de Alicante y Sevilla.

¹³². Como, por ejemplo, controles visuales periódicos del personal de custodia, retirada de fuentes de ignición y otros objetos personales, mantenimiento de la puerta metálica de la celda abierta y de la puerta enrejada cerrada.

7. Salvaguardias

a. internamiento involuntario y alta

167. Como se menciona en el apartado 140, las medidas de seguridad de internamiento en un PPH están sujetas a una revisión anual por parte del tribunal sentenciador en virtud del artículo 98 del CP.¹³³ Para ello, los equipos multidisciplinares presentan informes periódicos sobre la situación del paciente en cuestión proponiendo el mantenimiento, la suspensión o la imposición de la medida. Las actas de las reuniones de los equipos multidisciplinares y el expediente personal indicaban que esto se hacía regularmente en ambos establecimientos y que los informes se redactaban con precisión y se enviaban oportunamente a la autoridad judicial competente para la imposición de la pena a través del juez de vigilancia y de la fiscalía, en cumplimiento del artículo 98 del CP. Los expedientes personales de los pacientes examinados por la delegación del CPT en ambos PPH contenían la correspondencia escrita relacionada con la revisión periódica de la medida de seguridad de internamiento en un PPH. En la práctica, los tribunales de sentencia examinaban los informes de los PPH y, en general, estaban de acuerdo con sus propuestas y emitían una decisión motivada que se comunicaba a los establecimientos a través del juez de vigilancia competente. El representante legal participaba y existían vías de recurso ante un tribunal de segunda instancia.¹³⁴

Sin embargo, los pacientes no eran escuchados en persona y parecían desconocer el contenido de todo el proceso (en términos de información sobre el contenido de los informes periódicos, así como sobre el resultado de las decisiones judiciales). Además, en teoría existía la posibilidad de iniciar la revisión de la medida fuera de los plazos legales, aunque en la práctica no se solía explorar esta posibilidad.

En lo que respecta al posible alta de un PPH, la legislación también prevé, además del cese de la medida de seguridad, la posibilidad de que los pacientes forenses sean internados en un hospital psiquiátrico civil o en una institución de tratamiento en la comunidad cercana a su lugar de residencia.¹³⁵ Esta posibilidad fue en algunos casos activamente explorada y ejecutada, en particular en el PPH de Alicante.

El CPT recomienda que las autoridades se aseguren de que la necesidad de continuar con el internamiento en centros de salud mental de las prisiones sea objeto de revisiones sustantivas periódicas. El paciente debería ser informado por escrito del resultado de estas revisiones; si el paciente en cuestión está de acuerdo, dicha información también debería ser proporcionada a su abogado u otro representante.

¹³³. De conformidad con el artículo 98 del CP, el juez de vigilancia competente debe iniciar una revisión de la medida de seguridad al menos anualmente a la luz de los informes elaborados por el equipo multidisciplinar del PPH. La revisión la lleva a cabo el tribunal sentenciador, que debe emitir una decisión motivada tras haber oído a la persona sometida a la medida y al fiscal.

¹³⁴. Es decir, la *Audiencia Provincial*.

¹³⁵. En cumplimiento del artículo 763 del CCP.

b. tratamiento involuntario

168. El marco que rodea el tratamiento involuntario de los pacientes psiquiátricos está regulado por el artículo 9, apartado 2, de la Ley de Pacientes nº 41/2002, de 1 de noviembre de 2002, según el cual debe recabarse el consentimiento informado y activo de los pacientes antes de administrarles la medicación, salvo en situaciones de emergencia.¹³⁶ Como se menciona en el párrafo 153, este no era el caso ni en el hospital público de Alicante ni en el de Sevilla, donde el personal obligaba a la mayoría de los pacientes a tomar la medicación. El director del PPH de Alicante compartió con la delegación su opinión de que sin la medicación forzada el establecimiento no podría gestionarse fácilmente y mantenerse en buen estado. En la práctica, la delegación del CPT sólo pudo encontrar una decisión judicial que autorizaba el tratamiento forzado de un paciente psiquiátrico en el PPH de Sevilla, lo que indicaba que no se buscaba activamente el recurso al control judicial.

En cuanto a los pacientes legalmente incapacitados (es decir, 17 en el hospital de Alicante y 23 en el de Sevilla), el personal del hospital de Sevilla informaba en principio a los respectivos tutores sobre la administración del tratamiento. No obstante, en el Hospital Público de Alicante, el personal afirmó que no recurría activamente a esa práctica. La delegación no pudo encontrar pruebas en los expedientes personales de que los tutores dieran su consentimiento por escrito a tal efecto y parecía que el consentimiento se daba sólo verbalmente o que el personal se contentaba con informar a los tutores por escrito como medida de cortesía.

El Comité toma nota de las instrucciones enviadas a la dirección de ambos PPH en las que se les instruye para que cumplan con las disposiciones pertinentes de la Ley de Pacientes nº 41/2002 al solicitar el consentimiento de los pacientes forenses para su tratamiento.

El CPT recomienda que la dirección de los PPH de Alicante y Sevilla cumpla estrictamente los principios expuestos en el párrafo 153 en relación con la práctica actual de coaccionar a los pacientes para que acepten la medicación. En este sentido, las disposiciones de la Ley de Pacientes nº 41/2002 deberían cumplirse estrictamente en la práctica, también respecto a los pacientes forenses sujetos a una medida de seguridad.

Además, el Comité desearía recibir información sobre los nuevos procedimientos implantados en ambos SPP en cuanto a la formación propuesta para los profesionales, los folletos informativos normalizados sobre los tratamientos propuestos y los formularios de consentimiento que deben firmar los pacientes. Por lo que respecta a los pacientes legalmente incapacitados, el consentimiento de los tutores con respecto a la medicación prescrita debería recabarse siempre y registrarse por escrito con respecto a todas las intervenciones.

¹³⁶. El artículo 9, apartado 2, de la Ley del Paciente permite forzar el tratamiento de un paciente, entre otras cosas: ".....y no es posible obtener su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o personas vinculadas a él".

8. Otras salvaguardias

a. el contacto de los pacientes con el mundo exterior

169. Como se menciona en el párrafo 143, existían limitaciones a las visitas de los pacientes en ambos establecimientos, así como a las salidas terapéuticas a la luz de la pandemia de COVID-19 en curso. Los locales de visita en ambos establecimientos eran adecuados, estaban limpios, equipados con mesas, sillas y sofás y ofrecían un ambiente agradable y relajante. En el PPH de Sevilla, las visitas con las familias se realizaban en un patio ajardinado del establecimiento exterior para cumplir con las restricciones epidemiológicas. Además, el acceso al teléfono era satisfactorio en ambos PPH (es decir, diez llamadas de duración ilimitada por semana a una lista de contactos aprobados).

b. inspecciones y control

170. Ambos PPH recibían visitas periódicas del personal de los tribunales de supervisión competentes, que se reunían con los pacientes en privado y discutían las cuestiones pertinentes relativas a sus condiciones de detención y tratamiento. Ambos establecimientos llevaban un registro de dichas visitas.¹³⁷ La SGIP también había realizado varias inspecciones institucionales de los PPH y los informes se compartían con la dirección de los establecimientos.

El MNP español había realizado una visita al PPH de Sevilla en el transcurso de 2018, esbozando varias recomendaciones en relación con el diseño carcelario del establecimiento, el estado general de higiene y limpieza y la falta de actividades de formación específica del personal en el trato con pacientes psiquiátricos. La dirección del establecimiento había actuado sobre algunas de ellas en cuanto a la mejora de las condiciones higiénicas de las duchas e instalaciones sanitarias comunes.

c. mecanismos de reclamación (representantes de los pacientes)

171. El derecho de los pacientes a presentar quejas ante las autoridades judiciales y otros organismos independientes (por ejemplo, el Defensor del Pueblo español) está regulado por el artículo 76 de la Ley Orgánica General Penitenciaria. En los registros (electrónicos y en papel) examinados por la delegación, se observó que en ambos establecimientos existían estas vías. No obstante, parecía que algunas de las quejas presentadas por pacientes en estado psicótico eran simplemente archivadas por los tribunales de vigilancia y no se proporcionaba información a los pacientes. Además, no existía ningún mecanismo de representación de los pacientes en ninguno de los establecimientos.

El CPT recomienda que las autoridades españolas tomen medidas para instruir a los tribunales de supervisión competentes que cubren los PPH de Alicante y Sevilla sobre la necesidad de proporcionar un reconocimiento por escrito a los pacientes sobre sus

¹³⁷. Por ejemplo, en el PPH de Alicante, el juez supervisor visitaba los establecimientos semanalmente y realizaba audiciones con una docena de pacientes cada vez.

reclamaciones, incluso cuando su contenido y tema parecen ser claramente infundados.

d. suministro de información a los pacientes

172. En el PPH de Sevilla, la dirección del establecimiento acababa de elaborar un folleto informativo que se entregaba a los pacientes en el momento de su ingreso o en caso de trastorno agudo tras su estabilización por parte de los educadores. El folleto en cuestión contenía información básica sobre las normas de la casa, el régimen y diversos aspectos de la vida cotidiana en el PPH. Además, en las zonas comunes del establecimiento se exponían hojas informativas sobre los derechos y deberes de los pacientes. Éstas se referían, en particular, a cuestiones de buen orden de los establecimientos y de derechos básicos de acuerdo con la legislación aplicable. Dicho esto, entre los deberes de los pacientes alistados figuraba la obligación de tomar la medicación prescrita (véase el apartado 153). Por último, en el PPH de Alicante no existía ningún folleto informativo para los pacientes recién ingresados en el momento de la visita.

El CPT recomienda que se elabore y entregue a todos los pacientes en el momento de su ingreso, así como a sus familiares, un folleto informativo, disponible en una gama adecuada de idiomas, en el que se exponga la rutina del centro y los derechos de los pacientes, incluida la información sobre la asistencia jurídica, la revisión del ingreso (y el derecho de los pacientes a impugnarlo), el consentimiento para el tratamiento y los procedimientos de reclamación. Los pacientes que no puedan entender este folleto deben recibir la asistencia adecuada.

D. Centro de Internamiento de Menores "La Marchenilla" en Algeciras

1. Observaciones preliminares

173. En el transcurso de la visita de 2020, la delegación visitó el *Centro de Menores "La Marchenilla"* en Algeciras, bajo la responsabilidad de las autoridades regionales andaluzas (*Junta de Andalucía*) y gestionado por un contratista privado (GINSO).¹³⁸ Se prestó especial atención al recurso a los medios de contención de los menores, así como a las diversas medidas de seguridad y separación que se les aplicaron.

174. El marco jurídico general no ha cambiado desde la visita periódica de 2016.¹³⁹ Las medidas de prisión preventiva pueden durar hasta nueve meses y la duración máxima de una medida de internamiento puede ser de hasta cinco años (para los menores de entre 15 y 16 años) y de ocho años (si tienen entre 16 y 17 años)¹⁴⁰ y los *centros de menores* acogen en principio a menores desde los 14 años (y pueden permanecer en estos centros hasta los 25 años).¹⁴¹

175. El centro de internamiento de menores "La Marchenilla", inaugurado en 2002, está situado en el litoral con vistas al estrecho de Gibraltar, a unos siete kilómetros al suroeste de la ciudad de Algeciras. En el momento de la visita, el centro acogía a 89 menores varones (25 en prisión preventiva y 69 condenados)¹⁴² para una capacidad total de 112 plazas. La edad media de la población era de 17 años y el internamiento más largo era de tres años. El establecimiento constaba de doce módulos residenciales autónomos alojados en cuatro edificios de dos plantas. Había tres módulos terapéuticos y un módulo para el cumplimiento de medidas de separación y seguridad (denominado zona residencial de seguridad especial o "ZRECS").

176. La pandemia de COVID-19 había llevado a la dirección del establecimiento a introducir las siguientes medidas: pruebas de PCR obligatorias para todos los recién llegados y un periodo de cuarentena de 14 días en un módulo específico, limitación y suspensión de los permisos y salidas de fin de semana, aumento del recurso a la libertad condicional por parte de los tribunales de menores, creación de grupos burbuja de menores en las diferentes unidades/módulos de convivencia. Además, todos los talleres, actividades educativas y recreativas, así como los permisos, se habían suspendido desde marzo hasta finales de mayo de 2020, lo que afectaba al estado mental de algunos menores (véase el párrafo 192). Un joven recién ingresado, así como dos miembros del personal, habían dado positivo desde el estallido de la pandemia.

¹³⁸. GINSO (Asociación para la Gestión de la Integración Social) es una organización española sin ánimo de lucro que gestiona tres centros de internamiento de menores en la región de Andalucía, así como una serie de establecimientos terapéuticos y educativos en toda España.

¹³⁹. Véase en particular el párrafo 100 del informe del CPT sobre la visita periódica de 2016 a España (CPT/Inf (2017) 34).

¹⁴⁰. De acuerdo con el artículo 10, apartado 1, de la Ley Orgánica 5/2000 de Responsabilidad Penal de los Menores.

¹⁴¹. Si han cometido un delito antes de los 18 años. En casos excepcionales en relación con varios delitos o por haber cometido múltiples delitos, los menores pueden ser detenidos en un *Centro de Menores* hasta los 28 años.

¹⁴². Cinco menores se encontraban en un permiso aprobado por el tribunal en el momento de la visita.

2. Malos tratos

177. La mayoría de los menores hablaron positivamente de la forma en que fueron tratados por el personal del centro. La delegación del CPT se llevó una impresión positiva de la actitud de cuidado del personal de apoyo (es decir, educadores, coordinadores de módulo y psicólogos) que mostraba un compromiso real con la justicia restaurativa, un enfoque individual hacia el tratamiento de los jóvenes y que promovía activamente un sentido de comunidad dentro de las unidades de convivencia.

Dicho esto, varios menores que se consideraron que habían alterado el buen orden del centro (mediante actos como autolesiones, daños a la propiedad, violencia hacia el personal y otros menores) se quejaron del comportamiento brusco de los guardias de seguridad¹⁴³ privados al ser retenidos (véase el párrafo 184). La documentación médica contenida en los informes de incidentes pertinentes respaldaba las alegaciones de intervenciones bruscas de control y contención y de esposas ajustadas a los menores. Por ejemplo:

- i) Un menor alegó que el 2 de noviembre de 2019, tras un episodio psicótico en su celda durante el cual había intentado dar un puñetazo al coordinador del módulo 4, cuatro guardias de seguridad lo habían inmovilizado. Alegó que uno de los guardias de seguridad le había dado una bofetada y le había retorcido los brazos para esposarlo, mientras que otro guardia le había puesto las botas en la cabeza cuando estaba tumbado en el suelo de su celda. El certificado médico elaborado por el médico de cabecera al inicio de la medida de fijación posterior describía las lesiones como: *"contusión del labio inferior, erosión superficial de la cara interna del brazo izquierdo, contusión de la cara interna del brazo derecho y erosión en el hombro izquierdo"*.
- ii) Un menor que, al parecer, había inundado su celda el 9 de septiembre de 2020 y abusado verbalmente del personal, alegó que había sido inmovilizado por cuatro guardias de seguridad y esposado fuertemente. Fue trasladado al ZRECS, donde permaneció esposado durante una hora y media. El certificado médico redactado tras el cese de la medida por el médico de cabecera contenía la siguiente anotación *"erosiones en las muñecas y los antebrazos debido a la aplicación prolongada de las esposas"*.
- iii) Un menor, que se comportaba de forma agresiva con el personal mientras mantenía un altercado verbal durante una prueba de hisopo de Covid-19 en la zona de visitantes el 24 de abril de 2020, resultó herido cuando fue sujetado por cuatro guardias de seguridad.¹⁴⁴ El parte de lesiones elaborado por el médico de cabecera tras su examen en el módulo ZRECS contenía la siguiente anotación: *"se le ha aplicado una contención física al menor y durante el forcejeo se produce una contusión en la rodilla derecha así como una puntiforme en la parte temporal derecha de la cabeza"*.

¹⁴³ Como se menciona en el párrafo 195, había 45 "vigilantes" de una empresa de seguridad privada desplegados en el establecimiento en el momento de la visita.

¹⁴⁴ Al parecer, el menor en cuestión había tirado un tablón de anuncios al suelo y había insultado al personal.

178. El Comité recuerda la importancia de garantizar que cualquier intervención física de los guardias de seguridad sea estrictamente necesaria y proporcionada. El uso de la fuerza física debe ser altamente excepcional y desplegarse sólo si todos los esfuerzos para desescalar una situación verbalmente han resultado ineficaces. Para ello, los guardias de seguridad deben recibir una formación adecuada en técnicas de control y contención no dolorosas (es decir, de control manual) para estar en condiciones de elegir la respuesta más adecuada cuando se enfrenten a situaciones difíciles, reduciendo así significativamente el riesgo de lesiones tanto para los jóvenes como para el personal. Además, estas habilidades complementarán y reforzarán la confianza de los guardias de seguridad al interactuar con los jóvenes. Además, un miembro del equipo directivo del establecimiento debería estar siempre presente durante el uso de los medios de contención.

El CPT recomienda que las autoridades españolas refuercen la supervisión de las actividades de los guardias de seguridad en el centro de detención de menores "La Marchenilla". Además, debería enviarse un mensaje claro a los guardias de seguridad para que utilicen sólo la fuerza mínima requerida si es excepcionalmente necesario contener físicamente a los menores agitados. Debe proporcionarse a todos los guardias de seguridad que operan en el centro de detención de menores "La Marchenilla" una formación certificada adecuada, tanto inicial como de actualización, sobre la aplicación de medidas de desescalada y técnicas de control manual adecuadas.

179. Los episodios de violencia interjuvenil no eran frecuentes entre los menores y la presencia permanente de dos educadores en cada módulo contribuía a la prevención y contención de esos incidentes. Además, la dirección del centro realizaba evaluaciones continuas de los menores para tratar de evitar colocaciones incompatibles en el mismo módulo (véase el párrafo 192).

3. Condiciones de detención

a. condiciones de vida

180. El centro ofrecía buenas condiciones de detención en cuanto al estado de conservación e higiene de las unidades de vida residencial y terapéutica. En principio, los menores se alojaban en habitaciones individuales que estaban adecuadamente amuebladas (con una cama, una mesa, una estantería, un timbre, un televisor y una instalación sanitaria).¹⁴⁵ Todas las unidades residenciales contaban también con instalaciones comunes equipadas con sofás, televisores, mesas de ping-pong y billar. Todos los módulos tenían acceso a talleres y a un patio equipado con canastas de fútbol y baloncesto. En particular, eran loables los esfuerzos invertidos por la dirección del centro para garantizar el mantenimiento adecuado de las habitaciones, las instalaciones deportivas comunes, la piscina y los talleres. Además, fue positivo que la dirección solicitara y atendiera las opiniones y peticiones de los menores en relación con el menú y la comida.

Las habitaciones individuales ofrecían entre 7m² y 11,5m² excluyendo el anexo sanitario semiparticipado. Sin embargo, el Comité considera que el entorno carcelario general y el diseño de los módulos residenciales no son apropiados para la población residencial juvenil, dado el objetivo de rehabilitación del centro. Los barrotes metálicos horizontales en las ventanas, las puertas metálicas reforzadas de las celdas con trampillas, las puertas metálicas correderas dentro de los módulos residenciales, las camas metálicas fijadas al suelo y los aseos metálicos en las celdas son manifestaciones del entorno carcelario. En las zonas comunes, los sofás y las sillas estaban fijados al suelo y los televisores encerrados en soportes metálicos antivandálicos. Sería mucho más adecuado encontrar soluciones alternativas para amueblar las habitaciones y las zonas comunes, por ejemplo, con muebles más pesados. Mediante comunicación de 19 de enero de 2021, las autoridades españolas¹⁴⁶ informaron al CPT de que se invertirían esfuerzos para que el centro fuera menos carcelario.

El CPT recomienda que, además del Instituto de Menores "La Marchenilla", las autoridades españolas actúen para que todos los centros de detención de menores en España sean menos carcelarios. En particular, en las unidades de vivienda residencial, deberían retirarse las barras metálicas que atraviesan las ventanas de los dormitorios, y sustituirse el mobiliario metálico fijo y las puertas metálicas reforzadas.

b. régimen

181. Las unidades de convivencia estaban diferenciadas según la evaluación de riesgo individual de cada niño, desde la fase de observación hasta la de desarrollo y consolidación.¹⁴⁷ Además, los dos módulos terapéuticos separados ofrecían intervenciones específicas para los menores con

¹⁴⁵ Los anexos sanitarios consistían en un lavabo y un inodoro. Además, dos módulos contaban con duchas dentro de las celdas, mientras que en el resto del establecimiento había duchas comunes.

¹⁴⁶ Es decir, la Dirección de Justicia Juvenil y Cooperación de la *Junta de Andalucía*.

¹⁴⁷ El equipo multidisciplinar se encargaba de la evaluación individual de los menores y de su avance de una etapa de tratamiento a la siguiente, lo que implicaba mejores beneficios en cuanto a actividades recreativas y permisos.

trastornos mentales, incluidos los trastornos por abuso de sustancias.¹⁴⁸

En general, la delegación del CPT se llevó una impresión muy positiva del régimen y la gama de actividades que se ofrecían a los menores. A los menores se les ofrecía hasta cuatro horas de ejercicio al aire libre al día en forma de tiempo de ocio en los patios¹⁴⁹ y tenían acceso a una amplia gama de actividades socioeducativas,¹⁵⁰ ocupacionales, de ¹⁵¹producción/remuneración, ¹⁵²vocacionales, ¹⁵³educativas ¹⁵⁴y recreativas.¹⁵⁵ Los numerosos y variados recursos de personal (véase el párrafo 195) garantizaban un enfoque verdaderamente individualizado y mostraban un compromiso innegable con el aspecto restaurativo de la justicia juvenil y su rehabilitación. Los planes de tratamiento individual, los informes iniciales y periódicos a los tribunales, elaborados por un equipo multidisciplinar, junto con el menor y revisados cada tres meses, parecían ser detallados, elaborados a tiempo y eran prueba de la profesionalidad del personal de apoyo.

Además, se recurría ampliamente a los permisos y salidas de los menores de diversa duración y tipo¹⁵⁶ que los tribunales de menores competentes aprobaban regularmente. El nivel de actividades y el régimen eran tan amplios que no es de extrañar que su retirada durante el periodo de encierro entre marzo y mayo de 2020 haya provocado varios episodios de frustración y agresividad entre la población juvenil.

4. Uso de medios de contención

182. En febrero de 2020, uno de los principales diarios españoles publicó una grabación de vídeo en la que se veía a un joven de 18 años fijado a una cama en el *Centro de Menores* de Tierras de Oria;¹⁵⁷ el joven falleció posteriormente por un fallo cardíaco, supuestamente como consecuencia de la aplicación de medios de contención.¹⁵⁸ El 17 de junio de 2020, durante un debate en el Parlamento, el Defensor del Pueblo español pidió la abolición de la medida de fijación de menores en todos los *centros de menores* de España.¹⁵⁹

¹⁴⁸. Ninguno de los menores estaba bajo una medida terapéutica impuesta por el tribunal. La colocación en un módulo terapéutico estaba sujeta a una evaluación del riesgo y a un diagnóstico de la comisión socioeducativa.

¹⁴⁹. Además, se podía acceder a una piscina durante el verano.

¹⁵⁰. Por ejemplo, el desarrollo de habilidades sociales, la educación sexual, la prevención de la violencia de género, el afrontamiento de las adicciones relacionadas con las nuevas tecnologías, los debates sobre temas de actualidad, etc.

¹⁵¹. Se ofrecían talleres de cerámica, gráficos, de reciclaje y de jardinería, y cada uno de ellos estaba atendido por un terapeuta ocupacional permanente.

¹⁵². En cooperación con una empresa privada, un pequeño taller de reparación funcionaba dentro del establecimiento con vistas a un futuro empleo tras la liberación.

¹⁵³. En particular, la peluquería, la cocina y la producción de alimentos.

¹⁵⁴. Seis profesores contratados garantizan las clases de educación primaria y secundaria (hasta el bachillerato), así como los cursos de informática, español para extranjeros e inglés.

¹⁵⁵. Los menores tenían en principio acceso a un gimnasio totalmente equipado dos veces por semana, así como a diversas actividades y torneos deportivos (por ejemplo, competiciones de fútbol, baloncesto, tenis de mesa y videojuegos).

¹⁵⁶. Los permisos pueden ser de carácter ordinario, un fin de semana con la familia o salidas terapéuticas con el personal para asistir a una actividad psicosocial específica.

¹⁵⁷. El establecimiento en cuestión había sido visitado por el CPT en el curso de la visita de 2016 y el Comité había recomendado la abolición de la medida de fijación mecánica a nivel nacional. Véase a este respecto el párrafo 131 del informe del CPT sobre la visita periódica de 2016 a España CPT/Inf (2017) 34.

¹⁵⁸. La autoridad judicial competente declaró posteriormente que la naturaleza de la muerte del joven adulto había sido de carácter accidental.

¹⁵⁹. Es importante señalar también que otro menor de nacionalidad extranjera falleció por insuficiencia cardiorrespiratoria tras una medida de fijación en un centro de menores de Melilla en diciembre de 2017 (es decir, después de la visita periódica de 2016).

183. En el momento de la visita, las autoridades autonómicas andaluzas habían adoptado una nueva Instrucción 02/2019 que había introducido ciertas salvaguardias adicionales extraídas de la "Guía de buenas prácticas sobre el uso de la fijación mecánica en el medio penitenciario" del MNP español mencionada en el párrafo 85.¹⁶⁰ Los principales elementos consistían en:

- 1) la diferenciación entre la fijación "reducida" (esposado) y, cuando el menor seguía agitado, la fijación mecánica "prolongada" a una cama con correas de tela;¹⁶¹
- 2) controles periódicos cada 30 minutos por parte de un médico;
- 3) la presencia constante de personal en la celda, además de la vigilancia mediante CCTV;
- 4) una decisión razonada que debe estar documentada sobre la necesidad de prolongar la medida cada 30 minutos, tanto por la dirección del centro como por un médico.

Además, el personal encargado de la aplicación de la medida debe recibir formación específica sobre las medidas de desescalada y la comunicación verbal.

184. La medida de fijación mecánica se había aplicado a los menores del centro en 92 ocasiones durante los primeros nueve meses de 2020 (es decir, hasta el 26 de septiembre de 2020), de las cuales 24 fueron de fijación mecánica prolongada y 48 de fijación reducida.¹⁶² La medida de fijación mecánica se aplicó a 24 jóvenes diferentes. Las duraciones máximas registradas fueron de dos horas para las esposas y de hasta ocho horas para la fijación mecánica. La medida se aplicaba a menores que mostraban un comportamiento agitado y agresivo hacia el personal o que cometían actos de autolesión.

La delegación examinó varias grabaciones de CCTV de la reciente aplicación de medidas de fijación mecánica reducida y prolongada. Las grabaciones de vídeo y audio mostraron que, tras acompañar a un menor a una de las dos celdas de fijación situadas en el ZRECS, un miembro del personal de apoyo (es decir, el educador o el coordinador del módulo) intentaba relacionarse verbalmente con el menor para desescalar su comportamiento. Las grabaciones mostraron que la actitud del personal de apoyo era empática y profesional, especialmente a la luz del comportamiento físico y verbalmente agresivo mostrado por algunos de los menores. En caso de agresividad persistente, el menor podía ser fijado por cinco puntos a la cama con la ayuda de hasta cinco guardias de seguridad. En cuanto a la supervisión, el educador del módulo ZRECS permanecía presente durante la ejecución de la medida y el médico lo visitaba cada treinta minutos. La aplicación de los medios de contención se notificaba al tribunal de menores competente inmediatamente después de su inicio. El registro dedicado a los medios de contención contenía notas detalladas del personal de tratamiento y sanitario sobre el estado mental y físico del menor, así como una descripción razonada de la necesidad de la medida y su prolongación tras el fracaso de los intentos de desescalada.

¹⁶⁰ La fijación mecánica había sido impuesta en 1.117 ocasiones a menores alojados en alguno de los 29 centros dependientes de la Administración autonómica andaluza en el periodo de tiempo comprendido entre el 1 de enero de 2017 y el 31 de agosto de 2020.

¹⁶¹ Al igual que en el caso de los presos adultos, la posición del joven fijado debe ser boca arriba y la cama inclinada entre 30 y 70 grados.

¹⁶² Las 20 restantes son medidas de aislamiento provisional.

Dicho esto, la delegación del CPT también descubrió que los menores seguían siendo inyectados a la fuerza mientras estaban esposados o fijados mecánicamente, que, en algunos casos, la duración de la medida seguía siendo excesiva y que los menores no eran interrogados tras el final de la medida. Además, los menores diagnosticados con un trastorno mental también fueron sometidos a fijación mecánica (es decir, 17 medidas "reducidas" y cuatro "prolongadas" de fijación mecánica).

La delegación también constató que en el caso de la imposición de una medida de aislamiento temporal por razones de seguridad, de conformidad con el artículo 55 del Real Decreto 1774/2004, el colchón se retiraría de la celda durante el día.¹⁶³

185. El CPT considera que fijar a los menores a una cama o esposarlos en una celda de aislamiento constituye un uso desproporcionado de la fuerza. También es una medida incompatible con la filosofía de un centro educativo que debe centrarse en la educación y la reintegración social de los menores en la comunidad. Las objeciones del Comité son aún más agudas cuando la restricción se aplica a menores de tan sólo 14 años o a menores que sufren un trastorno mental. Además, otra deficiencia está relacionada con el hecho de que a veces se somete a los menores a una contención prolongada más allá de un par de horas.¹⁶⁴

En opinión del CPT, el uso de medios de contención en estas circunstancias puede constituir un trato inhumano y degradante.

¹⁶³. A lo largo de 2019, el Defensor del Menor de Andalucía había criticado la retirada sistemática del colchón a los menores sometidos a una medida disciplinaria de aislamiento y la dirección del establecimiento había cumplido con esta recomendación. Dicho esto, dicha práctica persistía respecto a los menores sometidos a aislamiento temporal como medida de seguridad en una celda del módulo ZRECS.

¹⁶⁴. Con respecto a 11 de las 24 medidas de fijación mecánica prolongada aplicadas en el transcurso de 2020.

186. El CPT considera que, en los centros educativos, debería ponerse fin inmediatamente al uso de la fijación mecánica y de las esposas como medio de contención de los menores violentos y/o agitados. En su lugar, deberían emplearse métodos alternativos de gestión de incidentes violentos, como las técnicas verbales de desescalada y el control manual; esto requerirá que el personal, especialmente los agentes de custodia, reciba una formación adecuada y una certificación periódica sobre su uso. Además, deben desarrollarse medidas alternativas individuales para evitar la agitación y calmar a los menores. Es axiomático que cualquier fuerza utilizada para controlar a los jóvenes debe limitarse al mínimo requerido por las circunstancias y no debe ser en ningún caso una ocasión para infligir dolor, ya sea deliberado o debido a que el personal no está adecuadamente entrenado.

En caso de que un menor actúe de forma muy agitada o violenta, se le debe mantener bajo estrecha supervisión en un entorno adecuado (por ejemplo, una sala de tiempo muerto). En caso de agitación provocada por el estado de salud de un menor, el personal debe solicitar asistencia médica y seguir las instrucciones del profesional de la salud (incluido, si es necesario, el traslado del menor en cuestión a un entorno sanitario adecuado).

El CPT pide a las autoridades españolas que modifiquen el artículo 55 del Real Decreto 1774/2004 y que supriman la fijación mecánica reducida y prolongada de los menores. Además, a los menores colocados en aislamiento temporal en la celda específica del ZRECS ya no se les debería retirar el colchón durante el día.

5. Asistencia sanitaria

187. El personal sanitario estaba compuesto por un médico de cabecera a tiempo completo y otro a tiempo parcial (1,5 ETC), una enfermera permanente, un psiquiatra contratado y un psicólogo clínico. El establecimiento contaba con un memorando con el centro de salud local de Algeciras, según el cual se proporcionaban exámenes, laboratorios, atención especializada y asistencia de emergencia.¹⁶⁵ La enfermería se encontraba en un estado higiénico impecable y estaba adecuadamente equipada. No se escuchó ninguna queja de los menores en cuanto al acceso a la asistencia sanitaria.

Todos los jóvenes recién ingresados fueron sometidos a un examen médico en un plazo de 24 horas, que incluía una exploración física y el registro de las lesiones,¹⁶⁶ análisis de sangre, pruebas de PCR para Covid-19, detección de VHC, VHB, VIH, sífilis y TBC.¹⁶⁷ Además, se establecieron planes de vacunación individuales para cada joven.

En cuanto a la confidencialidad médica, la delegación del CPT escuchó que, en principio, los guardias de seguridad estaban presentes durante las consultas médicas. En opinión del Comité, no puede haber ninguna justificación para que los guardias de seguridad estén sistemáticamente presentes durante dichos exámenes; su presencia es perjudicial para el establecimiento de una adecuada relación médico-paciente y normalmente es innecesaria desde el punto de vista de la seguridad.

¹⁶⁵. A cada joven se le asignó un médico de cabecera del centro de salud mencionado.

¹⁶⁶. Los informes de lesiones se transmitieron al director del establecimiento y a los tribunales de menores competentes.

¹⁶⁷. Mediante una prueba de Mantoux.

El CPT recomienda que se respete el principio de confidencialidad médica de los exámenes médicos de los menores en el centro de detención de menores "La Marchenilla", de conformidad con la legislación nacional española pertinente.

188. En el momento de la visita, 26 de los 89 menores estaban alojados en uno de los tres módulos terapéuticos dedicados, que se caracterizaban por intervenciones farmacológicas y psicoterapéuticas más intensas para los trastornos mentales y de consumo de sustancias, así como por actividades socioeducativas y terapéuticas de grupo dirigidas a la violencia intrafamiliar, a la dependencia de las tecnologías modernas y a la terapia con animales de compañía.

Además, 35 menores tenían una prescripción regular de medicación psicotrópica¹⁶⁸ incluida en sus planes individuales de tratamiento.¹⁶⁹ Un análisis realizado por la delegación de los protocolos terapéuticos y las dosis prescritas concluyó que se cumplían los principios de la buena práctica clínica en la administración de medicación psicotrópica, de acuerdo con el perfil de edad y los diagnósticos de los menores en cuestión.¹⁷⁰ Se solicitaba el consentimiento de los padres como tutores por escrito para la administración de la medicación habitual a los menores. Además, los menores podían rechazar la medicación en cualquier momento firmando una declaración escrita, que se incluía en su expediente.

¹⁶⁸ Es decir, antipsicóticos, antidepresivos, psicoestimulantes, estabilizadores del ánimo o ansiolíticos.

¹⁶⁹ 13 de ellos tomaban fármacos benzodiacepínicos.

¹⁷⁰ Ninguno de los menores en terapia antipsicótica tenía Clozapina incluida en el protocolo de tratamiento.

6. Medidas de disciplina y seguridad

189. El régimen disciplinario se regula en el artículo 60 de la Ley Orgánica de Responsabilidad Penal de los Menores (LCRJ) y en los artículos 59 a 85 del Real Decreto 1774/2004. Las faltas disciplinarias se clasifican en leves, graves y muy graves y las sanciones que se pueden imponer son la amonestación, la prohibición de participar en actividades recreativas hasta dos meses, la privación de las vacaciones de fin de semana en casa hasta un mes, la separación de otros menores durante los fines de semana (hasta cinco fines de semana) y el aislamiento ("separación del grupo") hasta siete días.¹⁷¹ Dicho esto, en la práctica sigue siendo posible que se imponga una única sanción por múltiples infracciones durante un período no superior a siete días que se ejecutará en diferentes períodos consecutivos separados por intervalos muy cortos. Además, las autolesiones con fines de manipulación se consideran una falta disciplinaria grave.

En cuanto al procedimiento disciplinario, los menores deben ser informados de los cargos disciplinarios, pueden presentar cualquier prueba o declaración en persona ante la comisión disciplinaria y pueden ser asistidos por un abogado. La sanción disciplinaria es impuesta por el director del establecimiento sobre la base de una decisión motivada, de la que debe entregarse una copia al menor afectado. La decisión puede ser recurrida ante el juez de menores y los menores deben ser informados del derecho de recurso. El examen de los registros disciplinarios llevados en el establecimiento y la información recogida a través de las entrevistas con los menores indican que estos procedimientos se respetan en la práctica.

190. Sin embargo, la delegación del CPT se mostró preocupada por el elevado número de sanciones disciplinarias en el centro.¹⁷² En particular, la medida de separación del grupo se había impuesto más de 300 veces en el transcurso de 2020 por períodos que iban de dos a seis días. Además, los menores dijeron a la delegación que, en el curso de la aplicación de la medida, no recibían sus visitas regulares del médico de cabecera a diario.¹⁷³ el derecho de ejercicio diario al aire libre, de dos horas, se ofrecía en un patio exclusivo de diseño austero¹⁷⁴ que no poseía ningún medio de descanso ni equipo de ejercicio físico.

191. El CPT debe subrayar que cualquier forma de aislamiento puede tener un efecto perjudicial en el bienestar físico y/o mental de los menores. A este respecto, el Comité observa una tendencia creciente a nivel internacional a abolir el aislamiento como sanción disciplinaria con respecto a los menores. Hay que hacer una referencia especial a las Reglas mínimas de las Naciones Unidas para el tratamiento de los reclusos (*Reglas Nelson Mandela*), que han sido revisadas recientemente por una resolución unánime de la Asamblea General de las Naciones Unidas y que estipulan explícitamente en la Regla 45 (2) que no se impondrá el aislamiento a los menores. Además, también se hace referencia a la Regla 60.6.a de las Reglas Penitenciarias Europeas recientemente revisadas que estipulan que el aislamiento nunca debe imponerse a un menor.¹⁷⁵ El CPT apoya plenamente este enfoque.

¹⁷¹. Es decir, hasta dos días para las infracciones graves y entre tres y siete días para las muy graves.

¹⁷². Es decir, 410 sanciones en el transcurso de 2020 a 25 de septiembre de 2020.

¹⁷³. Según lo dispuesto en el artículo 66, apartado 4, del Real Decreto 1774/2004.

¹⁷⁴. El patio en cuestión (C4) medía aproximadamente 130 m², ofrecía acceso a un retrete y un lavabo y estaba rodeado por un muro de hormigón de tres metros de altura.

¹⁷⁵. La regla 60.6.a de las Reglas Penitenciarias Europeas dice "El aislamiento, es decir, la reclusión de un preso durante más de 22 horas al día sin contacto humano significativo, no debe imponerse nunca a los niños, las mujeres embarazadas, las madres lactantes o los padres con bebés en prisión".

El CPT recomienda a las autoridades españolas que tomen medidas para poner fin al uso del aislamiento como castigo disciplinario para los menores, lo que debería incluir la modificación de la legislación pertinente en consecuencia.

192. Como se menciona en el párrafo 175, de conformidad con el artículo 33, párrafo 2, del Real Decreto 1774/2004, los menores pueden ser separados en una celda del módulo ZRECS por razones de incompatibilidad y por tener un efecto negativo en el buen orden en la respectiva unidad de convivencia. En cuanto a las actividades, los menores separados eran atendidos por psicólogos y educadores de forma regular, pero no podían participar en actividades terapéuticas de grupo ni en talleres. El ingreso de un menor en un módulo del ZRECS con fines de separación estaba sujeto a la decisión del director a propuesta del equipo multidisciplinar.

Como se menciona en el párrafo 7, en el momento de la visita del CPT, un menor afectado por un trastorno¹⁷⁶ mental había pasado un periodo de tiempo prolongado en una celda del ZRECS¹⁷⁷ debido a su incompatibilidad y comportamiento disruptivo en diferentes unidades de convivencia ordinaria. El menor en cuestión tenía un contacto sostenido y personalizado con un educador asignado a él, así como con un psicólogo, y se le ofrecían diversas actividades individuales. No obstante, los frecuentes y reiterados intentos del personal de reintegrarlo en una unidad de convivencia ordinaria habían fracasado debido a su trastorno mental específico, que requería un apoyo terapéutico especial en un centro sanitario especializado. En respuesta a la observación inmediata de la delegación sobre este caso, las autoridades españolas informaron al CPT de que, el 1 de octubre de 2020, el menor había sido trasladado a un hospital de Málaga.

193. En el establecimiento estaba en vigor un protocolo de prevención del suicidio (PPRS) que podía ser activado por el director a propuesta del personal sanitario; implicaba un seguimiento intensivo del menor en cuestión por parte de los educadores y del personal de custodia y la aplicación de ciertas restricciones basadas en una evaluación detallada del riesgo.¹⁷⁸ Además, una medida preventiva adicional consiste en el alojamiento del menor en una celda de doble ocupación con otro joven para proporcionarle apoyo emocional y complementar la supervisión de los miembros del personal presentes en el módulo.

En casos excepcionales y agudos de riesgo evidente de suicidio, el menor podría ser ingresado en una celda de observación del ZRECS equipada con CCTV. Se había recurrido al protocolo siete veces en el transcurso de 2019 y cuatro veces en el transcurso de 2020, había revisiones precisas por parte del psicólogo y el médico del estado mental del menor y las restricciones aplicadas parecían ser proporcionales al perfil.

¹⁷⁶. es decir, el síndrome de Asperger y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Además, poseía una calificación de discapacidad del 42%.

¹⁷⁷. es decir, un total de 181 noches de 265 en el transcurso de 2020.

¹⁷⁸. Como, por ejemplo, la retirada de objetos potencialmente peligrosos (por ejemplo, cinturones, cables, baterías, etc.), que la puerta de la celda se mantenga abierta y las ventanas cerradas, así como contactos periódicos con psicólogos y personal sanitario.

194. El artículo 54.d del Real Decreto 1774/2004 prevé el cacheo con desnudo integral de un menor en base a una evaluación de riesgo individual en el caso de que se sospeche que esconde sustancias ilícitas u objetos peligrosos. La medida debe ser ordenada por el director y comunicada al juez competente. Dicho esto, varios menores dijeron a la delegación que tenían que desnudarse completamente cuando eran registrados al desnudo por el personal de seguridad.¹⁷⁹

El CPT considera que un registro al desnudo es una medida muy invasiva y potencialmente degradante. Cuando se lleve a cabo un registro de este tipo, se deben hacer todos los esfuerzos razonables para minimizar la vergüenza; normalmente no se debe exigir a las personas detenidas que son registradas que se quiten toda la ropa al mismo tiempo, por ejemplo, se debe permitir que una persona se quite la ropa por encima de la cintura y se vuelva a poner la ropa antes de quitarse más ropa.

El CPT recomienda a las autoridades españolas que modifiquen la práctica actual empleada en la realización de cacheos para adecuarla a los preceptos expuestos.

¹⁷⁹. Se ha recurrido a ella en 55 ocasiones respecto a 38 menores a lo largo de 2019.

7. Otros temas

195. En cuanto a la dotación de personal, había un total de 81 educadores trabajando en el establecimiento (en principio dos por módulo en cada turno), 27 monitores educativos, siete formadores profesionales, seis coordinadores de módulos, seis trabajadores sociales y ocho psicólogos. Esto es positivo.

En cuanto al personal de custodia, la supervisión de la seguridad interna, así como la admisión al establecimiento, fue realizada por 45 vigilantes de una empresa de seguridad privada (que trabajaban en turnos de 10 durante el día y cinco durante la noche).

Las actividades de formación ofrecidas al personal de tratamiento fueron variadas en cuanto a la frecuencia y el tema.¹⁸⁰ Dicho esto, **el CPT desearía saber más sobre las actividades de formación específicas propuestas y aplicadas con respecto al personal de seguridad, concretamente sobre cuestiones como las técnicas de desescalada y de control manual con respecto a los menores agitados** (véase el párrafo 178).

196. En cuanto al contacto con el mundo exterior, según el artículo 40 del Real Decreto 1774/2004, los menores tienen derecho a recibir dos visitas semanales de 40 minutos cada una (que pueden acumularse en una sola visita). Además, pueden recibir una visita familiar una vez al mes (3 horas) y, en determinadas condiciones, una visita íntima una vez al mes de una hora. En el establecimiento visitado, se respetaron estos derechos mínimos y, en realidad, se ofreció a los menores visitas más largas. Además, los menores podían hacer dos llamadas telefónicas a la semana (de 10 minutos cada una)¹⁸¹ y recibir llamadas telefónicas durante su tiempo de recreo. También podían enviar cartas y paquetes, en principio sin limitaciones.

El CPT recomienda que el derecho al teléfono de los menores detenidos en el centro de internamiento de menores "La Marchenilla" se incremente a cuatro llamadas telefónicas por semana.

197. Los procedimientos eficaces de denuncia e inspección son garantías básicas contra los malos tratos en los centros de menores. Los menores deben tener vías de denuncia abiertas, tanto dentro como fuera del sistema administrativo de los establecimientos, y tener derecho a un acceso confidencial a una autoridad independiente.

El CPT observa positivamente a este respecto que el establecimiento era visitado regularmente por fiscales y jueces de menores,¹⁸² así como por el MNP/Ombudsman; los menores confirmaron que podían solicitar reunirse con ellos y hablar en privado. Además, los menores podían presentar quejas (y peticiones) a estos organismos (en sobres abiertos o cerrados) o al director del establecimiento.¹⁸³

¹⁸⁰. A lo largo de 2019 se han organizado más de 40 actividades formativas de hasta diez días de duración sobre temas como la desescalada y la aplicación de medios de contención, el autocontrol, la resiliencia y el tratamiento de adicciones.

¹⁸¹. Los derechos de llamadas telefónicas adicionales se concedieron sobre la base del sistema de puntos de comportamiento vigente en el establecimiento.

¹⁸². Los jueces de menores competentes de Cádiz, Málaga y Algeciras visitaban el establecimiento mensualmente. Durante el encierro relacionado con el Covid-19, dichas visitas habían sido sustituidas por videoconferencia.

¹⁸³. Se han presentado un total de 48 quejas y solicitudes a lo largo de 2019 y 32 durante los nueve primeros meses

APÉNDICE I**Lista de los establecimientos visitados por la delegación del CPT****Establecimientos dependientes del Ministerio del Interior de España**Policía Nacional

- Comisaría de Policía, Algeciras
- Comisaría de Policía de Castellón de la Plana
- Comisaría de Policía, Madrid (Centro)
- Comisaría de Policía de Madrid (Hortaleza)
- Comisaría de Policía de Madrid (Moratalaz)
- Comisaría de Menores (G.R.U.M.E.), Madrid
- Comisaría de Policía de Sevilla (Blas Infante)
- Comisaría de Policía de Valencia (Zapadores)

Policía Local

- Comisaría de Policía Local de Utrera

Prisiones

- Prisión de Mujeres de Ávila (Brieva)
- Prisión de Castellón II
- Cárcel de Madrid V (Soto del Real) *
- Prisión de Madrid VII (Estremera)
- Prisión Sevilla I*
- Prisión de Sevilla II
- Prisión de Valencia (Picassent)*
- Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante
- Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla

*Visitas selectivas para entrevistar a los presos preventivos recién llegados.

Establecimientos dependientes de la Comunidad Autónoma de Andalucía

- Centro de detención de menores, "La Marchenilla", Algeciras

APÉNDICE II

Lista de las autoridades nacionales y regionales, organizaciones no gubernamentales y personas con las que la delegación celebró consultas

A. Autoridades nacionales

Ministerio del Interior

Fernando Grande-Marlaska	Ministro
Ángel Luis Ortíz Gonzáles	Secretario General de Instituciones Penitenciarias
Elena Garzón Otamendi	Directora General de Relaciones Internacionales y Migración
Alberto Ruiz Moreno	Jefe de Servicio de la Subdirección General de Relaciones Internacionales y Migraciones, Dirección General de Relaciones Internacionales y Migraciones (funcionario de enlace del CPT)

B. Otras organizaciones

Mecanismo Nacional de Prevención, *Defensor del Pueblo*

"Coordinadora para la Prevención de la Tortura".